

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

48^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE BOUILLIÉ

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

NÉ LE 16 AVRIL 1899, A LOUDUN

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE
DU COL VÉSICAL

Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6^e)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE BOUILLIÉ

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
NÉ LE 16 AVRIL 1899, A LOUDUN

L'HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DU COL VÉSICAL

Président : M. L. OMBRÉDANNE, Professeur.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6^e)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen.

Professeurs

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.
Physiologie
Physique médicale.
Chimie médicale
Bactériologie.
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive.
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée.

M. ROGER.
MM.
ROUVIERE.
CUNEO.
ROGER.
STROHL
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
MARCEL LABBÉ.
SICARD.
LECENE.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
MAURICE VILLARET.
LOEPER.
TANON.
BALHAZARD.
MENETRIER.
RATHERY.
CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
N....
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.
LÉON BERNARD.
DELBET.
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
PIERRE DUVAL.
SERGENT.
BRANCA.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux.
Clinique des maladies infectieuses
Clinique de la tuberculose

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique.
Clinique urologique

Clinique d'accouchements.

Clinique gynécologique.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique.
Professeur sans chaire.



Agrégés en exercice :

MM. ABRAMI	MM. DEBRÉ	MM. JOYEUX	MM. MOURE
ALAJOUANINE	DOGNON	LABBÉ (HENRI)	MULON
AUBERTIN	DONZELOT	LARDENNOIS	OBERLING
BASSET	DUVOIR	LEMAITRE	OLIVIER
BAUDOUIN	ECALLE	LEROUX.	PHILIBERT
BINET	FIESSINGER	LEVY-SOLAL	QUENU
BLANCHETIÈRE	GARNIER	LHERMITTE	RICHET fils
BROCO	GATELLIER	LIAN	SEZARY
BRULE	GIROUD	MATHIEU	VALLÉRY-RADOT
CADENAT	HARVIER	MERCIER (FER-	(PASTEUR)
CHABROL	HEITZ-BOYER	NAND)	VAUDESCAL
CHIRAY	HOVELACQUE	METZGER	VELTER
CLERC	HUTINEL	MONDOR	VERNE

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

*En témoignage de mon profond
attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

*qui a inspiré et guidé ce travail,
en témoignage de ma très grande
reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ.

Externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY.

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION.

Internat provisoire.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERRY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE.

Internat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET

*En reconnaissance de son
enseignement à Clamart.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOZER

DE BERCK

*En témoignage de ma très
profonde reconnaissance.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

OKINCZYC

MOURE

A MESSIEURS LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DES HOPITAUX

BERGERET, BOULIN, BRAINE, BOPPE, CAPETTE,
GOUVERNEUR

A MESSIEURS LES DOCTEURS

OBERLIN, AUROUSSEAU, HUC, FÈVRE

A MES VIEUX AMIS

HUGUENIN, PICHAT, PÉRARD, TAMBAREAU,
LIEUTAUD

L'HYPERTROPHIE DU COL VÉSICAL

INTRODUCTION

Il existe des malades qui présentent des troubles identiques à ceux de l'hypertrophie de la prostate et qui pourtant ne sont atteints ni d'adénome péri-cervico-urétral, si petit soit-il, ni d'aucune des affections connues pour donner ce genre de symptômes (cancer de la prostate, rétrécissement de l'urètre, tabes, etc. . .). Tous les urologistes sont d'accord sur ce point et le terme de « prostatique sans prostate » a été appliqué, il y a longtemps déjà, à cette catégorie de malades. Ce terme peut se défendre sur le terrain purement clinique, mais au point de vue nosographique il est nettement insuffisant; c'est tout au plus une étiquette provisoire qui doit disparaître définitivement le jour où on aura identifié les affections qui déterminent ce syndrome.

Le but de ce travail est précisément de mettre en lumière une de ces affections qui nous paraît dès maintenant être une entité bien déterminée et que nous n'hésitons pas à appeler, comme le fait M. Marion depuis plusieurs années, « l'hypertrophie congénitale du col vésical ».

Nous avons pris comme base une série de 15 cas observés pour la plupart pendant notre internat dans le Service Civile et nous nous efforcerons de montrer, par une étude clinique et anatomo-pathologique de ces cas, que la lésion fondamentale est une hypertrophie musculaire du col et que cette lésion est d'origine congénitale.

La partie anatomo-pathologique de nos recherches a été basée sur la comparaison de cols normaux prélevés sur des cadavres et de cols pathologiques enlevés opératoirement chez nos malades.

La plupart de nos malades ont été revus à assez longue distance après l'intervention, de telle sorte que les résultats nous paraissent dignes d'être pris en considération.

Voici le plan que nous avons adopté dans ce travail :

- 1° Historique;
 - 2° Considérations anatomiques et physiologiques sur le col normal;
 - 3° Étude clinique d'ensemble des cas observés.
 - 4° Anatomie pathologique;
 - 5° Étiologie et pathogénie;
 - 6° Traitement;
 - 7° Observations;
 - 8° Conclusions;
 - 9° Bibliographie.
-

HISTORIQUE

Depuis longtemps on a cherché à expliquer les causes des dysuries et des rétentions n'ayant pas une origine nettement déterminée.

En 1844, Mercier décrit les valvules du col et émet l'idée que certaines rétentions peuvent être causées par des obstacles tels qu'une hypertrophie musculaire ou un lobe prostatique médian.

Thomson, en 1886, signale des rétentions par obstacle consistant en une hypertrophie des faisceaux musculaires du col à la suite d'irritation persistante.

Un an plus tard Guyon décrit le « Prostatisme vésical » ensemble de troubles analogues à ceux de l'hypertrophie prostatique et provoqués par une atonie primitive de la vessie.

Fuller, en 1897, décrit la contraction chronique du tissu environnant le col de la vessie, et English rapporte des cas dans lesquels le col vésical est entouré d'une couche musculaire propre hypertrophiée et il admet que cet *annulus hypertrophicus orificiæ uretræ interni* est congénital en l'absence de toute valvule ou de toute barre.

En 1902, Motz et Arrèse soutiennent que la quantité des fibres musculaires n'est nullement diminuée dans la vessie de ces soi-disant prostatiques sans prostate et que l'atonie vésicale de ces malades n'est pas occasionnée par le mauvais état des tissus musculaires.

Moran rapporte un cas de rétention chronique ayant cédé au débridement du col à l'aide du thermocautère.

En 1905, les Américains Chetwood et Keyes rattachent ces dysuries de cause mal connue à une contracture du col, cette contracture n'étant qu'un rétrécissement localisé au col de la vessie.

Noguès et Albarran, dans leur rapport au Congrès d'Urologie de 1908, émettent l'idée qu'il s'agit de troubles d'inhibition qui produisent non seulement le défaut de relâchement du sphincter

interne du col mais aussi le défaut de contracture de ce dernier.

M. Marion, en 1913, attire l'attention sur les petits adénomes qui n'étaient reconnus à l'exploration ni par le toucher rectal ni par la cystoscopie. Il montre que ces très petites prostates sont très souvent les facteurs du « prostatisme sans prostate ».

« L'on ne doit admettre qu'avec la plus grande réserve le diagnostic de prostatisme vésical et même si les examens ne révèlent aucune lésion seulement après échec d'une intervention » (Marion).

En 1914, Paris fait un travail à Civiale sur la prétendue atrophie de la prostate des auteurs allemands.

Legueu, en 1919, fait paraître un travail important sur le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique et quelques années plus tard il décrit ce qu'il appelle la « maladie du col » caractérisée par l'hypertrophie de tous les éléments muqueux, glandulaires et fibreux qui constituent le col vésical.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE COL VÉSICAL NORMAL

Qu'entend-on par col vésical?

On peut admettre que le col comprend à la fois la portion de la vessie qui précède l'orifice postérieur de l'urètre et la portion de l'urètre qui s'étend jusqu'au veru montanum.

Lorsqu'on regarde le col, vessie ouverte, on voit que le col s'ouvre de niveau avec les parties voisines de la vessie. Il se présente sous l'aspect d'une petite dépression arrondie à bords légèrement plissés. Son rebord n'est pas saillant, mais cependant dans certains cas la lèvre postérieure fait une petite saillie : c'est la luette vésicale de Lieutaud.

La structure est intéressante à étudier. Sur une coupe on trouve :

1° La muqueuse avec les glandes sous-muqueuses décrites par Albarran, glandes formant les agglomérations sous-montanales et sous-cervicales.

2° Une couche de fibres musculaires longitudinales parallèles à l'urètre, qui se continuent en haut avec les fibres longitudinales des uretères en arrière, avec les fibres de la couche plexiforme en avant et sur les côtés du col, ces fibres longitudinales étant anastomosées et plus ou moins enchevêtrées avec les fibres du sphincter.

3° Une couche de fibres circulaires qui forment le sphincter lisse. C'est un anneau haut de 1 centimètre environ et épais de 1/2 centimètre. Ce sphincter se continue en haut avec la couche

circulaire de la vessie, en bas avec la couche circulaire de l'urètre, de plus il est traversé en arrière et sur les côtés par des fibres radiées venues de la couche longitudinale de l'urètre.

Telle est la conception française.

Young et Wesson donnent une description nouvelle du sphincter lisse.

Le sphincter lisse est constitué par deux anses supérieure et inférieure.

La première est formée par deux branches qui se détachent de chaque côté de la ligne médiane de la couche longitudinale de la partie inférieure de la vessie et passent au-dessus de l'urètre qu'elles encerclent sans constituer de raphé dans sa portion juxta-vésicale.

La deuxième est formée par deux prolongements de la couche de fibres circulaires partant également de la partie inférieure de la vessie, se dirigeant obliquement vers l'urètre jusqu'au delà du col vésical, passant au-dessous du conduit qu'elles contournent pour aller se terminer sur sa face supérieure dans la région opposée au veru montanum.

Pour Wesson on voit donc que la musculature du col est formée dans sa demi-circonférence antérieure par la couche longitudinale du detrusor, dans la demi-circonférence postérieure par la couche circulaire.

D'après les examens de cols normaux, prélevés sur des sujets indemnes en apparence de toute lésion des voies urinaires, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Lorsque l'on examine un col normal on trouve l'urètre avec son revêtement de hautes cellules cylindriques et leur habituelle disposition qui donne un aspect stratifié.

Sous le revêtement épithélial un chorion, et au-dessous un anneau musculaire de fibres lisses, formant très nettement une sorte de couronne à la périphérie de l'urètre.

Au delà les fibres musculaires lisses sont plus disséminées et tendent à former encore des sortes de cravates de plus en plus lâches à mesure que l'on s'éloigne du canal.

Toute l'épaisseur de ce col est constituée par ces fibres musculaires qui dans l'ensemble sont orientées concentriquement au canal urétral. Mais la disposition architecturale est troublée par la présence de trois éléments :

- 1° Du tissu connectif;
- 2° Des vaisseaux;
- 3° Des glandes.

I. — TISSU CONNECTIF.

Le tissu connectif est un tissu collagène banal assez lâche, que l'on retrouve en faible abondance entre les fibres, plus abondant entre les faisceaux de fibres.

Dans l'ensemble il y a une intrication des fibres conjonctives et des fibres musculaires et sur des colorations trichromées la coupe a l'aspect tout à fait bigarrée.

Pourtant et surtout dans les régions très éloignées de l'urètre on retrouve les faisceaux musculaires et cette fois nettement séparés les uns des autres par des bandes de tissu conjonctif.

II. — LES VAISSEAUX.

Les vaisseaux assez nombreux ont pour la plupart une paroi grêle et une lumière peu étendue en rapport avec l'épaisseur de cette paroi.

Ils contiennent souvent quelques globules rouges. Quelques-uns d'entre eux sont des artérioles avec une paroi musculaire reconnaissable.

III. — LES GLANDES.

Les glandes sont très abondantes et semées dans cette nappe musculo-conjonctive :

Tantôt par bouquets où l'on trouve 10, 20 culs-de-sac juxtaposés, voire davantage;

Tantôt, au contraire, presque isolés, 1 seul cul-de-sac ou 2 ou 3 au plus.

Il s'entend que les cavités glandulaires sont coupées dans tous les sens, parfois parallèlement, parfois perpendiculairement; mais serait-on dans les zones où elles sont peu abondantes qu'à un grossissement moyen on ne trouve qu'exceptionnellement un champ microscopique sans cavités glandulaires, si ce n'est dans les extrémités les plus éloignées de l'urètre.

Elles ne commencent pas au contact immédiat de l'urètre mais sont séparées de lui par ce bracelet musculaire déjà signalé.

Le diamètre des cavités glandulaires est assez variable : cela dépend d'abord de l'incidence des coupes. La lumière est rarement vide et, à l'habitude, occupée soit par des flaqes à peine grumeleuses qui peuvent répondre à un produit de sécrétion, soit bien plus souvent par des corps amylacés.

L'épithélium qui circonscrit la cavité est un épithélium cylindrique unistratifié de cellules hautes. Elles ont un noyau basal et, vers le pôle supérieur, sont souvent occupées par des sortes de vacuoles claires qui doivent répondre à une modification fonctionnelle du protoplasma ou à un produit de sécrétion.

Dans les cavités occupées par de volumineux corps amylacés l'épithélium est bas, cubique parfois, la cellule paraît réduite à son noyau.

Lorsque l'épithélium est élevé, le revêtement n'a point un aspect curviligne, il est au contraire irrégulier, formant des saillies et des retraits offrant un aspect papillaire.

La cavité est donc irrégulière, anfractueuse.

Elle est, au contraire, plus franchement arrondie lorsqu'il existe des corps amylacés et un épithélium plat.

Il semble que la présence des cavités glandulaires modifie l'orientation des fibres musculaires qui paraissent alors entourer les cavités.

En somme, dans l'ensemble, le col se présente ainsi constitué : une cavité urétrale, son épithélium, un chorion et un bracelet musculaire, puis au-dessous une vaste nappe de fibres musculaires qui, en certains points, ont l'air de faire des sortes de cravates successives autour de l'urètre mais qui apparaissent comme disloquées par les cavités glandulaires dont l'abondance est grande et autour desquelles les fibres musculaires s'intriquent.

Ces fibres forment de tout petits faisceaux séparés par des travées conjonctives, sauf au delà de la couche glandulaire où elles en viennent à former des bandes musculaires plus larges.

Les vaisseaux sont en général des capillaires à paroi grêle et à lumière réduite.

QUEL EST LE RÔLE PHYSIOLOGIQUE DU SPHINCTER LISSE ?

Classiquement, on admet que le sphincter lisse ferme la vessie par sa tonicité et son élasticité ou contraction réflexe statique d'attitude. Il échappe au contrôle de la volonté, à l'opposé du sphincter externe ou strié qui ferme l'urètre par un mécanisme réflexe automatique ou volontaire.

On admet que la miction se produit par la mise en jeu de deux réflexes :

Un réflexe de contraction de la vessie par distension de l'organe ;

Un réflexe d'inhibition du sphincter externe strié dû à l'irritation

de la muqueuse urétrale par les quelques gouttes d'urine qui pénètrent dans l'urètre prostatique sous la poussée de la contraction vésicale.

Young et Wesson, qui ont étudié au moyen de la cystoscopie le mécanisme de la miction, concluent :

« L'ouverture du col vésical pendant la miction n'est pas une action inhibitrice mais principalement le résultat de la contracture d'un muscle puissant, le muscle du trigone, qui passe sous la forme d'un arc sous les arcades musculaires plus faibles situées au niveau de l'orifice vésical et les ouvre vivement d'une manière mécanique par sa contraction. »

L'anneau musculaire du col provenant du muscle trigone sera chargé non de fermer la vessie mais, au contraire, de l'ouvrir.

ÉTUDE CLINIQUE DES CAS OBSERVÉS

Les malades que nous avons observés, malades jeunes pour le plupart, sont venus consulter essentiellement pour des troubles dysuriques.

Difficulté de la miction et pollakiurie.

Diminution de la force du jet.

La miction est en général très lente, prolongée, accompagnée d'efforts qui sont surtout marqués au début. Parfois, les efforts sont tels que la miction devient véritablement douloureuse. Elle est parfois facilitée par certaines positions. (obs. VII).

Cette dysurie, qui est le symptôme que l'on retrouve chez tous les malades, s'accompagne souvent de pollakiurie diurne ou nocturne.

Ces troubles dysuriques peuvent être tolérés pendant très longtemps et, souvent, c'est à l'occasion d'une complication qu'on voit le malade.

a) Rétention d'urine qui peut être aiguë (obs. IV, VII) ou chronique. Cette dernière pouvant être incomplète (obs. VIII, XII) ou complète (obs. II, IX, XI, XIV, XV).

b) Pyurie.

c) Cystite.

L'incontinence nocturne a été observée dans un cas (obs. VII).

Nous voyons donc que les malades peuvent, en fait, se présenter pour des troubles variés, mais deux points sont à retenir :

1° Ce sont, en général, des malades jeunes ;

2° Les troubles ont débuté précocement.

Dans 50 p. 100 des cas, ils ont débuté au-dessous de vingt ans.

Dans 25 p. 100 des cas, ils ont débuté entre vingt et trente ans.

Dans 25 p. 100 des cas, ils ont débuté au-dessus de trente ans.

Quel diagnostic peut-on être appelé à faire en présence de ces malades ?

On peut penser à un rétrécissement de l'urètre, à une affection de la prostate : hypertrophie, néoplasme ou prostatite chronique, à une affection médullaire.

C'est l'examen méthodique du malade qui, après avoir fait éliminer chacun de ces diagnostics, va faire envisager l'hypothèse d'une lésion du col vésical.

L'examen sera conduit de la façon suivante :

Au lit du malade (exploration du canal, toucher rectal, examen somatique et plus spécialement nerveux).

Explorations (cystoscopie, urétroscopie).

EXPLORATION DE L'URÈTRE.

Dans certains cas, le diagnostic de rétrécissement est très facile : c'est, par exemple, lorsque la boule qui a franchi une série de ressauts est arrêtée au bulbe ; mais, par contre, il y a des cas où le diagnostic est plus délicat si l'on ne suit pas certaines règles sur lesquelles insiste M. Marion avec juste raison.

Lorsque la boule est arrêtée au bulbe sans avoir été arrêtée dans l'urètre antérieur, il ne faut pas prendre un explorateur plus petit, mais prendre un béniqué n° 40. S'il s'agit d'un spasme, l'instrument franchira le sphincter membraneux sans difficulté.

Cette notion d'exploration de l'urètre semble banale, mais elle est trop souvent oubliée et, en procédant ainsi, on évitera de faire des urétrotomies internes à des malades qui ont simplement du spasme.

Signalons qu'un rétrécissement, même large, est capable de produire des troubles accentués : dysurie, rétention et, seul, un explorateur de gros calibre le fera reconnaître.

C'est également l'exploration de l'urètre qui fera reconnaître un calcul urétral. Rappelons, à ce propos, que la tolérance du canal vis-à-vis des calculs est très grande et qu'ils peuvent séjourner pendant plusieurs années dans l'urètre sans déterminer de gros troubles.

L'explorateur, dans ce cas, est arrêté ou passe en provoquant un frottement spécial.

Cette exploration devra être complétée par un sondage après miction pour montrer l'existence ou non d'un résidu. Parfois, la palpation de l'urètre pourra montrer l'existence d'une tuméfaction en cas de calcul ou de néoplasme.

L'exploration de l'urètre ne permet de constater qu'un seul point : la perméabilité du canal, et ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on note une résistance au niveau du col vésical (obs. VII, XV). C'est pourquoi l'on peut dire avec Wilms « quand on pense à un obstacle par mauvais fonctionnement du sphincter, ne pas conclure, de ce que le sondage se fait facilement, qu'il n'y a pas d'obstacle ».

TOUCHER RECTAL.

Il fait le plus souvent le diagnostic dans le cas d'hypertrophie prostatique, de néoplasme ou de prostatite chronique, mais de ce que l'on ne trouve rien au toucher rectal il faut se garder d'écarter le diagnostic d'hypertrophie. Les hypertrophies au début et les hypertrophies avec lobe médian ne peuvent être diagnostiquées que par la cystoscopie (Marion).

Reconnaître un néoplasme prostatique ne souffre en général aucune difficulté.

Cependant, dans les cas où il s'agit d'un néoplasme de la prostate elle-même sans adénome, le diagnostic peut être délicat au début, car la prostate non seulement n'est pas augmentée de volume, mais elle est aplatie. C'est la dureté caractéristique qui doit orienter vers le diagnostic du néoplasme.

Il faut se garder d'écarter le diagnostic d'hypertrophie ou de néoplasme en se basant sur l'âge des malades. On voit des prostatiques jeunes et nous avons eu l'occasion d'en observer deux récemment atteints d'hypertrophie et âgés respectivement de quarante-deux et de quarante-trois ans.

Si l'exploration du canal et le toucher rectal n'ont rien montré, il faut faire une cystoscopie, mais avant on soumettra le malade à un examen somatique surtout neurologique pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un faux urinaire.

On examinera les réflexes.

On recherchera le signe d'Argyll-Robertson.

Si le malade présente des antécédents spécifiques on sera toujours autorisé à faire une ponction lombaire.

Les troubles urinaires, dysurie, rétention, peuvent être la première manifestation d'un tabes. La cystoscopie peut montrer une vessie à colonnes et, dans ce cas même, s'il n'existe aucun signe clinique de tabes, on doit penser à un tabes incipiens (Marion).

Signalons que l'on peut observer des rétentions chroniques dans la myélite dans les compressions médullaires. Ces accidents urinaires sont facilement rattachés à leur cause, car ce sont des complications d'une affection connue.

Nous n'insisterons pas sur certaines rétentions plus rares :

1° Rétentions réflexes ; ces rétentions étant en général sous la dépendance d'une affection rénale, tuberculose, pyélonéphrite (Marion) ;

2° Rétentions chez les neurasthéniques par réflexe ou spasme urétral;

3° Rétentions dans le spina bifida; beaucoup plus rares que l'incontinence; le diagnostic ne se pose que si le spina bifida est occulta et il se fait par la radiographie de la colonne lombaire.

LA CYSTOSCOPIE.

Nous étudierons l'aspect du col normal, du col de l'hypertrophie prostatique et son aspect chez les malades que nous avons observés.

a) LE COL NORMAL se présente à sa partie supérieure sous l'aspect d'un croissant rouge foncé à bord très net. A sa partie inférieure, il n'est pas nettement tranché et le passage entre la coloration rouge foncé du col se fait progressivement.

b) LE COL DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE. — La cystoscopie est indispensable pour faire le diagnostic d'une hypertrophie au début ou d'un lobe médian.

a) Ou bien la cystoscopie fait constater une déformation du col qui se soulève en une saillie convexe donnant l'impression d'un bourrelet.

b) Ou bien le col n'est pas déformé mais élevé, et on peut apercevoir en même temps dans le champ du cystoscope le col et l'orifice urétral du côté où regarde le prisme (signe de M. Marion).

Cet aspect est tout à fait différent de celui qui existe lorsqu'il y a implantation anormale des uretères sur le col, car dans ce cas la distance qui sépare col et orifice est presque nulle et le col n'est pas élevé. La confusion n'est donc pas possible.

c) Aspect du col chez les malades que nous avons observés.

La cystoscopie, malheureusement, n'a pas été faite dans tous les cas que nous rapportons.

Cependant on peut conclure :

Le plus souvent le col forme une barre à sa partie inférieure. Il apparaît sous la forme d'un croissant rouge foncé concave en haut à bord très net. L'image de la partie inférieure du col est absolument comparable à l'image de la partie supérieure d'un col normal. De plus, le col apparaît congestionné, beaucoup plus rouge que normalement.

Plus rarement la cystoscopie ne montre aucune modification du col vésical.

Nous avons observé la présence de colonnes dans quelques cas.

La cystoscopie peut montrer :

UN DIVERTICULE. — S'il existe un diverticule, il faudra bien se garder de rapporter tous les troubles à l'existence de ce diverticule.

Chez trois de nos malades (obs. XI, XII, XIII), la suppression du diverticule n'a amené aucune amélioration et l'ablation secondaire du col vésical a fait disparaître tous les troubles d'une façon définitive.

Si le diverticule semble volumineux, on pourra apprécier son volume par une cystographie de face et de profil.

De ces rétentions par diverticule, on peut rapprocher les rétentions s'observant chez des malades porteurs d'un reflux vésico-urétéral.

L'URÉTROSCOPIE.

Elle a été pratiquée une seule fois chez nos malades. D'après Buerger, elle permettrait de voir la rigidité du col et son manque de dilatabilité. Pratiquée avec le Mac Carthy ou l'urétrocystoscope d'Heitz-Boyer, elle permet un examen de l'urètre postérieur et on peut ainsi éliminer toute cause d'origine urétrale :

1° Lésion du veru : hypertrophie, œdème;

2° Valvule;

3° Polype de l'urètre postérieur.

En somme, dans le syndrome que nous avons observé et que nous venons d'exposer, les points essentiels sont les suivants :

1° Précocité des troubles fonctionnels puisque l'interrogatoire, auquel nous attachons tant d'importance, apprend que les premiers symptômes remontent le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence;

2° Absence de tout obstacle apparent des voies urinaires (beaucoup de ces malades se sondant eux-mêmes sans difficulté).

Il n'en faut pas plus, à notre avis, pour justifier l'ablation du col vésical et M. Marion écrivait déjà en 1912 :

« Si la cystoscopie ne fait rien découvrir, on doit enlever le col vésical. Il s'agit là d'une intervention sans gravité et qui peut supprimer des lésions que même l'exploration de la vessie ne pouvait faire soupçonner » (Marion).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — MACROSCOPIQUE.

a) VESSIE. — Lorsque M. Marion a opéré ces malades, il a remarqué que les parois vésicales présentaient une épaisseur anormale qu'on est peu habitué à rencontrer lors des tailles quand la vessie est distendue de liquide.

Cette hypertrophie est très fréquente puisqu'elle existe dans presque la moitié des cas (obs. III, IV, VII, VIII, IX, X, XV).

Cet épaississement de la couche musculaire est variable, mais il s'observe à un degré qui n'existe dans aucune autre affection ayant provoqué de la rétention, puisqu'il peut atteindre 1 cent. 1/2 à 2 centimètres.

La vessie présente souvent des colonnes, mais leur présence est banale et indique simplement qu'il y a eu obstacle au cours normal de l'urine.

b) COL VÉSICAL. — Vu par l'intérieur de la cavité vésicale, le col se présente dans les cas les plus typiques sous un aspect très particulier.

Son pourtour forme sous la muqueuse vésicale une saillie très nette, véritable bourrelet circulaire encadrant l'orifice de l'urètre (obs. VII, X). Parfois ce bourrelet saillant n'existe qu'au niveau de la lèvre postérieure du col (obs. X, XV).

Ce bourrelet tranche en général par sa coloration violacée sur le reste de la muqueuse vésicale.

Cette saillie intravésicale n'est pas très fréquente puisqu'on ne l'a observée que dans 4 cas. C'est pourquoi, si l'on ne trouve pas de modification du col vésical, il ne faut pas conclure à l'absence d'hypertrophie et opérer sur les signes cliniques.

II. - MICROSCOPIQUE.

Ce qui semble constituer la différence majeure entre les cols normaux et les cols pathologiques, c'est la plus grande abondance du tissu musculaire qui occupe la presque totalité du fragment prélevé à l'entour de l'urètre.

Ce tissu musculaire disloque les glandes, semble les refouler loin de l'urètre et détermine l'hypoplasie des cavités glandulaires.

Lorsque l'on considère le fragment vésical à partir de l'urètre, on ne trouve pas un mince anneau constituant le sphincter lisse (comme cela est dans le col normal prélevé dans des conditions absolument identiques, et immédiatement au delà des glandules péricervicales ayant la structure histologique de la prostate, séparées les unes des autres par des fibres musculaires lisses et des fibrilles connectives, mais on rencontre de rares groupes glandulaires anormaux dans leur structure et à l'encontre de larges faisceaux musculaires.

La disposition du tissu musculaire ne se présente plus, sinon parfois dans les régions les plus superficielles, sous l'aspect de fines fibrilles isolées ou de faisceaux de fibres encore grêles: mais il forme des faisceaux beaucoup plus volumineux. Les fibres elles-mêmes ont un diamètre comparativement plus grand que celui des fibres normales (fig. 1 et 3).

Dans les régions les plus riches en tissu musculaire, qui constituent à l'habitude au moins la moitié de l'épaisseur des fragments, les fibres sont groupées en faisceaux orientés en tous sens: les uns sont coupés transversalement, les autres longitudinalement.

Une autre preuve de ce que la masse macroscopique qui forme parfois bourrelet est avant tout constituée par des fibres musculaires, c'est que des coupes faites dans cette masse montrent uniquement des fibres musculaires intriquées en tous sens.

Or dans un col normal coupé transversalement immédiatement au delà du sphincter lisse, on est en pleine prostate dans une masse complètement glandulaire.

Cette hyperplasie musculaire est parfois telle qu'elle offre assez l'aspect d'un myome utérin, d'autant plus qu'existe parfois en même temps une hyperplasie du tissu conjonctif.

Le tissu conjonctif se rencontre selon les cas dans des proportions très variables.

Dans la majorité des cas, il est fort peu abondant et ne constitue

que des faisceaux assez grêles entre les masses musculaires. Par contre, il en vient parfois à constituer des bandes beaucoup plus denses, très riches en collagène, et dans deux de nos coupes le



FIG. 1. — Hypertrophie musculaire du col avec réaction inflammatoire ancienne de la muqueuse. Syndrome d'hypertrophie du col avec rétention datant de quatre ans (obs. IX).

1, épithélium franchement malpighien; 2, lobules de fibres musculaires lisses hypertrophiques; 3, culs-de-sac glandulaires distendus à épithélium atrophié; 4, nodules lympho-plasmocytaires du chorion et de la sous-muqueuse.

tissu conjonctif est presque aussi abondant que le tissu musculaire au moins dans certaines parties du fragment (fig. 2).

Cette hyperplasie conjonctive, lorsqu'elle existe, est surtout marquée dans la région para-urétrale. A ce niveau, on trouve une réaction inflammatoire constituée par une infiltration lympho-

plasmocytaire du chorion, un œdème qu'accompagnent souvent une métaplasie franchement malpighienne de l'urètre, des culs-de-sac glandulaires ou d'une partie de ceux-ci (fig. 1).

Souvent aussi, les infiltrats inflammatoires sont aussi péri-



FIG. 2. — Hypertrophie musculaire avec réaction inflammatoire subaiguë et sclérose étendue de la zone para-urétrale. Syndrome d'hypertrophie du col avec rétention datant de plusieurs années et distension vésicale considérable (obs. X).

1, Epithélium de l'urètre; 2, lobules de fibres lisses; 3, Travées de sclérose.

glandulaires. Mais cette réaction inflammatoire nous a paru toujours contingente et facilement explicable par l'infection du canal chez des malades qui se sondaient parfois depuis des années. D'ailleurs l'altération de l'épithélium de l'urètre et des culs-de-sac glandulaires plaide abondamment en faveur de cette hypothèse (fig. 1).

Cependant, dans les larges nappes conjonctives, on ne trouve aucun autre élément qui trahisse la réaction inflammatoire.

On ne peut donc pas trancher la question de savoir si l'hypertrophie conjonctive reconnaît une autre cause que l'hypertrophie

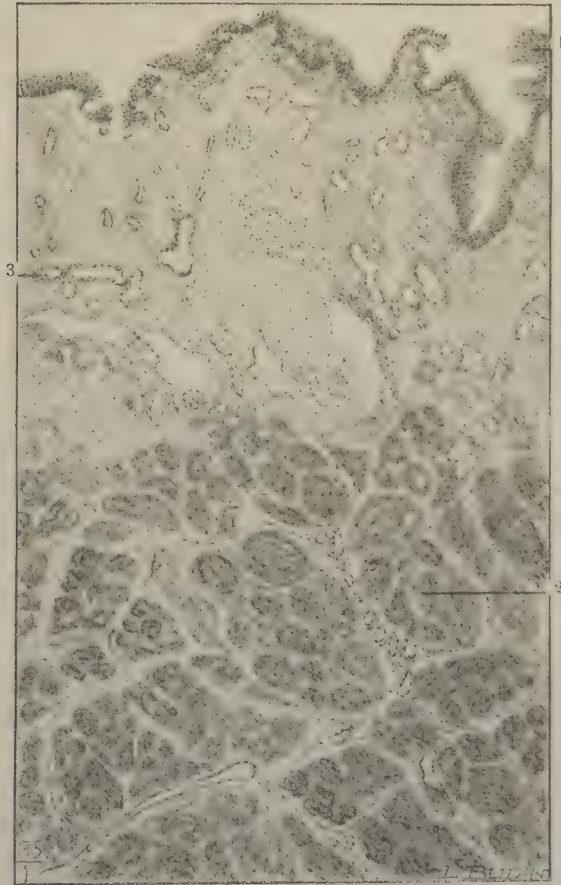


FIG. 3. — Hypertrophie musculaire du col (obs. VIII).

1, épithélium de l'urètre; 2, larges lobules de fibres musculaires lisses; 3, culs-de-sac glandulaires atrophiques, à épithélium très aplati.

musculaire et s'il n'est pas possible qu'à côté des hypertrophies purement musculaires existent des hypertrophies mixtes musculaires et conjonctives (fig. 2).

Dans les coupes qui intéressent l'urètre et les tissus péri-urétraux, on rencontre des éléments glandulaires, mais, et c'est là le point qui nous a paru fondamental, la couche glandulaire

est peu importante, les cavités sont séparées les unes des autres par d'épais tractus musculaires, à l'encontre de ce qu'on voit dans un col normal. Souvent même il arrive que la couche glandulaire occupe une très faible partie du fragment à la périphérie du canal urétral et on ne retrouve plus de glandes dans toute la masse presque uniquement musculaire (fig. 1 et 3).

Par ailleurs, pour la plupart d'entre elles, ces glandes ont un aspect très particulier : cavités distendues à épithélium très plat à peine existant ou la plupart du temps mêmes cavités aplaties minuscules ne contenant pas de produit de sécrétion et dont l'épithélium est franchement curviligne et non plus papilliforme (fig. 3).

Sans doute il en persiste encore quelques-unes qui contiennent un produit de sécrétion ou même qui présentent un aspect à peu près normal, mais c'est là l'exception.

En tout cas, nous n'avons dans aucun cas observé l'hyperplasie adénomateuse des cavités glandulaires. Les vaisseaux sont souvent distendus et les capillaires, malgré leurs parois grêles, ont un diamètre large et sont gorgés de globules rouges; mais il n'y a aucun élément d'ordre inflammatoire et il semble bien s'agir d'une simple congestion d'ordre mécanique.

Les cols que nous avons examinés diffèrent donc histologiquement des cols normaux par l'abondance et le volume des faisceaux musculaires, par l'hyperplasie et l'hypertrophie des fibres elles-mêmes, par la plus grande rareté du tissu connectif, par l'hypoplasie des cavités glandulaires et par la congestion des vaisseaux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous allons passer en revue rapidement les principales opinions émises jusqu'à ce jour sur la genèse des dysuries d'origine cervicale.

I. — THÉORIE INFLAMMATOIRE.

Certains auteurs pensent que les dysuries par lésion du col sont imputables à une rétraction cicatricielle de l'orifice entraînant un rétrécissement. Cette rétraction serait l'aboutissant d'inflammations chroniques : prostatite gonococcique ou tuberculeuse.

Cette théorie est un peu hypothétique et ne s'appuie à notre connaissance sur aucun document objectif. D'autre part, il nous paraît tendancieux de tabler sur la valeur d'un antécédent aussi banal que la blennorrhagie.

M. Papin, de la Rochelle, a attiré l'attention sur la coexistence fréquente de rétrécissement de l'urètre et de sténose du col. M. Marion, s'il a observé parfois la coexistence de rétrécissement et d'adénome de la prostate, n'a jamais observé ce que signale M. Papin, dans le Service Civile où l'on fait en moyenne 40 urétrotomies internes par an.

II. — THÉORIE DE LA CONTRACTURE.

Cette théorie se rapproche de la précédente puisque ses défenseurs invoquent comme cause de la contracture une inflammation chronique.

III. — THÉORIE DU SPASME.

Pour certains auteurs, il s'agit d'un spasme réflexe du sphincter interne, spasme analogue à ceux que l'on observe sur l'appareil digestif.

Albarran et Noguès avaient déjà réfuté cette théorie en montrant bien que la sonde ne rencontrait aucun obstacle au niveau du col.

Dans deux de nos cas, nous avons constaté un spasme du sphincter interne, mais, à notre avis, cela n'exclut pas l'hypothèse d'une hypertrophie musculaire, bien au contraire.

Le spasme est un facteur surajouté, traduction physiologique et intermittente d'une hypertrophie musculaire elle-même permanente.

IV. Pour M. Legueu, il s'agirait de ce qu'il appelle « La maladie du col », d'une hypertrophie de tous les éléments muqueux, glandulaires, musculaires et fibreux qui le constituent.

« Le col est devenu rigide, il a perdu l'extensibilité, cette condition indispensable à la réalisation de la miction normale qu'est la souplesse » (Legueu).

Pour M. Legueu, il y a trois groupes de faits :

a) Dans certains cas, l'examen macroscopique montre un petit adénome dont rien ne pouvait déceler la présence ;

b) Dans d'autres cas, l'adénome n'est retrouvé qu'à l'examen histologique perdu dans le stroma musculaire hypertrophié ;

c) Dans d'autres cas, enfin, l'adénome n'est qu'en puissance caractérisé par une certaine hyperplasie glandulaire ; parfois une hypertrophie plus musculaire et fibreuse que glandulaire » (Legueu).

Pour M. Marion, il s'agit d'une hypertrophie congénitale du col vésical, hypertrophie pouvant être assimilée à l'hypertrophie congénitale du pylore du nourrisson.

D'après l'examen de neuf cols pathologiques prélevés opératoirement, nous pouvons conclure que dans tous les cas il y avait une hyperplasie du tissu musculaire.

Si dans deux de nos coupes nous avons trouvé une égale proportion de tissu musculaire et de tissu conjonctif, il n'en est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, le tissu conjonctif n'est pas plus abondant que dans les cols normaux.

La présence de glandes n'est pas constante. Parfois elles sont normales, mais le plus souvent non seulement elles ne présentent aucun caractère de transformation adénomateuse, mais bien au contraire elles sont comme étranglées dans le stroma musculaire.

Elles sont comme atrophiques et ne contiennent que rarement un produit de sécrétion.

Nous n'avons jamais rien observé de semblable à ce que

M. Legueu décrit sous le nom « d'hyperplasie glandulaire » qu'il fait rentrer dans la gamme des « maladies du col ».

Le processus inflammatoire est rare, et lorsqu'il existe il est surtout péri-urétral et nous semble très explicable par les sondages répétés auxquels se soumettaient ces malades.

Cette hypertrophie musculaire est-elle congénitale ?

Cette origine congénitale est basée sur les faits suivants :

a) Précocité des premiers troubles ;

b) Age relativement jeune des malades qui présentent des accidents de prostatisme à un âge où on n'est pas accoutumé à les rencontrer ;

c) Coïncidence fréquente avec d'autres malformations congénitales et en particulier diverticule de la vessie.

Sur 15 cas observés, on note cinq fois la présence d'un diverticule.

Dans une première catégorie de cas, les malades ont subi en même temps l'ablation de leur diverticule et la résection de leur col. Dans ces cas, il est assez difficile de dire la part qui revient à chacune de ces deux lésions dans la production des accidents.

Dans une deuxième catégorie de cas, et ceci est extrêmement intéressant, les malades ont été opérés dans un premier temps de leur diverticule et cette opération ne les ayant soulagés en aucune façon ils ont subi secondairement l'ablation de leur col qui a mis fin à tous leurs troubles.

Non seulement les malades virent tous leurs troubles disparaître, mais le sondage montra que leur vessie se vidait jusqu'à la dernière goutte.

Cette coexistence fréquente de diverticule et de lésion du col soulève quelques problèmes pathogéniques.

Y a-t-il simple coïncidence de deux lésions congénitales ? et c'est ce que nous pensons ; ou bien y a-t-il entre les deux lésions une relation de cause à effet ? ou pour mieux dire le diverticule n'est-il pas un diverticule acquis par suite de l'obstacle que crée le col vésical ? Chez les prostatiques il est indéniable qu'on peut observer des diverticules acquis, mais la fréquence est loin d'atteindre la proportion que nous avons observée. Par conséquent, il nous semble bien que cette fréquence plaide en faveur d'une lésion vraiment congénitale.

D'ailleurs, les vessies de nos malades ne se présentent pas comme des vessies à musculature affaiblie ; bien au contraire, on note dans la plupart des cas un épaissement des parois musculaires.

Elles paraissent peu prédisposées à la formation de diverticules acquis qui sont en somme des hernies de faiblesse.

On ne manquera pas de nous objecter que, s'il s'agissait d'une lésion congénitale, les troubles devraient apparaître dès l'enfance.

Dans la moitié des observations que nous rapportons, les troubles sont apparus avant vingt ans, dans un cas à sept ans, dans un autre cas à dix.

Le fait que cette affection apparaît chez des individus jeunes et non pas toujours dans l'enfance ne prouve pas que la lésion n'est pas congénitale.

L'hydronéphrose, la dilatation congénitale des uretères, la hernie inguinale sont des malformations congénitales et elles ne se manifestent bien souvent que tardivement.

TRAITEMENT

Nous passerons en revue les différents procédés et après avoir fait leur critique nous décrirons la technique de M. Marion : deux voies (urétrale, transvésicale).

I. — VOIE URÉTRALE.

- 1° Section du col, grâce à l'instrumentation de Bottini;
- 2° Section du col par un urétrotome spécial (Gerachty);
- 3° Section du col à travers une boutonnière pratiquée de l'urètre membraneux après avoir fait une périnéotomie transversale;
- 4° *Section du col par électrocoagulation.* — Young a fait construire un appareil le « Punch cautère » qui a subi de nombreuses transformations.

Nous décrirons brièvement la technique de Caulk.

Introduction de l'instrument qui se compose d'un tube creux présentant à son extrémité une fenêtre dans laquelle on engage la portion du col à sectionner, après avoir fait une anesthésie locale.

Assèchement du champ opératoire.

Pression pour fixer la partie engagée.

Passage d'un courant (alternatif, 110 volts) pendant quatre secondes.

On retire la gaine interne et l'on détache les tissus détruits.

Les opérations pratiquées par Young, Caulk se font sous le contrôle de la vue. Chetwood emploie tantôt l'urétrotomie, tantôt le punch.

Papin, en France, conseille d'inciser la lèvre postérieure du col avec la sonde à diathermie.

II. — VOIE TRANSVÉSICALE.

- 1° Discision du col;
- 2° Section du col;
- 3° Excision cunéiforme du col;
- 4° Ablation totale du col.

a) DISCISION DU COL. — Elle consiste en une dilatation forcée du col que l'on fait soit au doigt, soit aux bougies de Hégar.

b) SECTION DU COL. — Section que l'on fait par une incision parallèle à l'axe de l'urètre prostatique et qui intéresse la lèvre postérieure du col.

c) EXCISION CUNÉIFORME. — Ablation d'un fragment en coin du col vésical en entaillant sa demi-circonférence postérieure.

Le fragment a au moins 1 centimètre de hauteur (Rubritius).

d) ABLATION TOTALE DU COL. — Cette ablation pouvant se faire soit par énucléation au doigt, soit par résection au bistouri.

CRITIQUE DE CES PROCÉDÉS.

Nous ne retiendrons pas les procédés aveugles tels que la section du col par l'instrumentation de Bottini ou la section faite à travers une boutonnière de l'urètre membraneux.

Il nous est difficile d'avoir une opinion exacte et précise sur le punch cautère, car nous ne l'avons jamais vu employer.

Les auteurs américains publient des statistiques impressionnantes et insistent sur la facilité de l'opération et sa bénignité.

Si l'on s'en tient aux procédés courants, on se trouve en présence de trois procédés (l'excision cunéiforme n'étant qu'une section élargie) : discision, section, ablation totale.

La discision et la section sont des opérations simples qui ont donné des succès à ceux qui ont employé ces procédés.

Cependant les auteurs conseillent de faire des séances de dilatation pour dissocier le tissu en voie de cicatrisation. Ils reconnaissent donc d'eux-mêmes par là que leur intervention peut être insuffisante pour lever l'obstacle d'une façon complète et définitive.

Il est possible, sans qu'on puisse l'affirmer, qu'il se produise

une régénération du col ou plus exactement une soudure fibreuse entre les fibres musculaires sectionnées.

Nous connaissons le cas d'un malade opéré par une section du col qui a vu tomber son résidu de 500 grammes à 250 grammes, mais qui ne vide pas complètement sa vessie.

Les auteurs qui ont préconisé ces opérations conservatrices du col (discision, section, excision cunéiforme) reculent devant l'ablation complète parce qu'ils la croient capable d'entraîner de l'incontinence.

Cette crainte est tout à fait injustifiée, car d'une part il reste, pour assurer la continence, le sphincter strié; d'autre part, dans la prostatectomie pour adénome, le col est enlevé avec l'adénome et les prostatectomisés n'ont jamais été incontinents pour cela.

ABLATION TOTALE DU COL.

Elle peut se faire en deux façons :

1° Soit par énucléation au doigt;

2° Soit par résection au bistouri.

1° ENUCLÉATION AU DOIGT. — C'est une opération délicate et d'une exécution souvent difficile.

Le col est scléreux, fusionné avec les tissus voisins et on ne trouve pas le plan de clivage comme dans une prostatectomie pour adénome.

C'est un procédé qui n'oblige pas à une grande taille, mais qui ne permet pas de traiter les lésions concomitantes (barre, diverticule) si elles existent.

2° ABLATION TOTALE DU COL. — Cette ablation se fait à vessie ouverte. C'est à notre avis la méthode de choix, et c'est celle que nous décrirons.

TECHNIQUE DE M. MARION.

M. Marion pratique l'ablation du col à vessie ouverte.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES. — Ce sont ceux d'une prostatectomie. Si les urines sont particulièrement infectées, on aura soin dans les jours qui précèdent l'intervention de pratiquer des lavages de vessie au nitrate d'argent à 1 p. 1.000.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Malade en position inclinée. Remplissage de la vessie :

a) Incision longue de 8 à 10 centimètres, commençant au bord supérieur du pubis;

b) Refoulement du tissu graisseux prévésical et du cul-de-sac péritonéal avec une compresse;

c) Fixation de la vessie. Passer une anse de catgut de chaque côté de la ligne médiane en ayant soin de traverser toutes les couches de la vessie;

d) Ouverture de la vessie.

La vessie étant maintenue, on la ponctionne au bistouri sur la ligne médiane. Très souvent on sera frappé par l'épaisseur considérable de la paroi vésicale;

e) Incision vésicale est agrandie en refoulant le cul-de-sac péritonéal;

f) Mise en place de l'écarteur vésical dans l'intérieur de la cavité vésicale. Ce temps est capital pour que la cavité vésicale soit bien exposée.

On procèdera ensuite à l'examen de la vessie et du col.

EXAMEN DE LA VESSIE. — On recherchera si un diverticule, une barre n'ont pas échappé à l'examen cystoscopique.

S'il existe un diverticule, on le supprimera. S'il existe une barre, on la sectionnera.

EXAMEN DU COL. — Il peut sembler absolument normal ou former un bourrelet saillant dans la vessie.

ABLATION DU COL. — 1° Fixation du col avec une pince à dents récurrentes ou une petite pince de Museux;

2° Incision circulaire du col au bistouri à une distance d'environ 1 centimètre de l'orifice;

3° Attraction du col, excision sur une hauteur de 1 cent. 1/2 environ et section de l'urètre.

Le col est enlevé soit en un seul bloc formant un petit cylindre, soit en plusieurs fragments;

4° Tamponnement de la cavité avec une petite mèche iodoformée;

5° Fermeture de la vessie en deux plans en mettant un tube de Marion.

Cette technique, qui est d'une extrême simplicité, doit toujours être exécutée à vessie ouverte.

La grande taille présente de nombreux avantages. Elle permet de :

1° Bien exposer la région opératoire ;

2° Contrôler le diagnostic et s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un petit adénome prostatique ayant passé inaperçu à la cystoscopie ;

3° Traiter des lésions concomitantes : barre, diverticule.

« La suppression du diverticule est essentiellement nécessaire parce que l'existence du diverticule amènera toujours la persistance de l'infection vésicale et l'évacuation incomplète de la vessie » (Marion).

« La suppression du col vésical, même s'il a un aspect normal, doit toujours compléter l'ablation du diverticule » (Marion).

4° Faciliter l'opération qui se fait sous le contrôle de la vue.

Soins post-opératoires très simples.

Ablation de la mèche le cinquième jour. Mise en place d'une sonde à demeure le douzième jour.

On aura toujours soin de remettre la vessie en état en pratiquant des lavages au nitrate d'argent jusqu'à l'éclaircissement des urines.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. Lem..., trente ans, envoyé par le Dr Jean-Louis Faure, son ami, vient me consulter pour des troubles de la miction.

Pas de blennorrhagie antérieure. Depuis l'âge de dix-huit ans, il remarque qu'il a de la peine pour uriner, qu'il est obligé de pousser, et comme cette dysurie augmente de plus en plus à tel point qu'il est obligé d'attendre plusieurs minutes avant de pouvoir uriner lorsqu'il en éprouve le besoin, et doit déployer les plus grands efforts pendant la miction, il vient demander un soulagement à ces troubles. La miction est plus fréquente que normalement, sept à huit fois par jour, trois fois la nuit. Les urines sont claires.

A l'examen, on constate, au toucher rectal : absence d'hypertrophie de la prostate, celle-ci à son volume et sa consistance normaux.

La sonde traverse l'urètre sans obstacle et permet d'évacuer un résidu de 350 grammes d'urine claire.

A la cystoscopie, le col est un peu congestionné et soulevé en saillie en un point sur la partie inférieure et gauche de son rebord.

Diagnostic : Adénome du col.

Opération le 16 avril 1913 dans la Maison de Santé de la rue de la Chaise. Anesthésie au chloroforme.

Cystostomie. On sent le col épaissi et l'on fait l'ablation en bloc du col. Tamponnement. Tube de Marion.

Le tamponnement est retiré, le drain est changé comme d'habitude puis remplacé par une sonde à demeure; la plaie est fermée en dix-sept jours; le malade sort au vingtième. Il urine sans difficulté et n'a plus aucun résidu.

J'ai eu à longue échéance des nouvelles du malade par le professeur Jean-Louis Faure; il urine toujours de façon aussi satisfaisante.

Pièce : Petite masse arrondie mais de forme un peu irrégulière, volume d'une cerise.

Examen histologique : La masse intéressée par la coupe est une formation musculaire presque pure, avec très peu de tissu conjonctif. Les fibres musculaires groupés en faisceaux sont orientés dans tous les sens, ici les faisceaux sont coupés transversalement, là ils le sont longitudinalement, mais partout existent entre eux des fibres qui les séparent et les réunissent. Au centre de la coupe, on trouve une bande muqueuse urétrale avec son aspect normal.

Dans le stroma musculaire, enfin, se trouvent d'assez rares cavités glandulaires, quelques-unes un peu dilatées, mais la plupart réduites, rétractées, minimes et paroi non festonnée comme d'habitude. Revêtement épithélial à

peu près normal. Corps amylacé, un peu d'infiltration de cellules rondes autour des conduits excréteurs des glandes.

Donc, il s'agit ici d'un tissu musculaire pur.

J'ai eu des nouvelles directes du malade le 1^{er} août 1928 (quinze ans après l'intervention), le malade est enchanté du résultat et n'a plus aucun trouble depuis l'intervention.

OBS. II. — M. B... (Arsène), quarante-huit ans, metteur en scène d'un théâtre, entré le 7 juillet 1919 à l'hôpital Lariboisière pour être opéré.

Son histoire est la suivante : à l'âge de dix-huit ans le malade qui, auparavant, n'urinait que difficilement est pris de rétention complète. Il va à Necker consulter M. Guyon qui, après examens multiples, conclut à du prostatisme sans prostate.

A l'âge de vingt et un ans, ayant été pris bon pour le service, il est comme soldat hospitalisé au Val-de-Grâce. M. le Dr Robert, après examen, conclut à la nécessité d'une intervention à laquelle il convie M. Guyon. L'opération consiste en une taille qui permet une exploration complète de la vessie et confirme le diagnostic porté antérieurement de prostatisme sans prostate. Le malade est réformé et il continue à se sonder pendant vingt-sept ans.

Je vois le malade pour la première fois fin juin 1919 ; il vient vers moi, envoyé par un ami que j'ai opéré et qui lui a dit monts et merveilles de la prostatectomie. Après examen, je conclus qu'il s'agissait d'une prostatique sans prostate mais chez qui la suppression du col devait amener le retour de la miction, son système nerveux étant absolument intact et rien du côté de ses reins ni de sa vessie ne pouvant expliquer cette rétention durant depuis plus de trente ans.

J'opérai le malade le 9 juillet. J'enlevai difficilement le col vésical avec des fragments de la glande prostatique.

Les suites opératoires furent normales et le malade était guéri le 14 août.

A partir du moment où la fermeture de la vessie fut obtenue le malade urina parfaitement et complètement sans garder le moindre résidu.

Depuis 1919, j'ai revu à plusieurs reprises le malade ; il continuait à uriner comme s'il n'avait jamais rien eu.

L'examen microscopique de la pièce ne fit pas constater autre chose que du tissu musculaire, avec à la périphérie quelques débris de glandes normales.

Le 7 août 1928, j'ai reçu des nouvelles du malade : il a été guéri complètement quatre mois après l'opération. Sa vessie très tolérante lui permet de rester six ou sept heures sans uriner. Résultat excellent se maintenant depuis neuf ans.

OBS. III (inérite). — M. Ga..., âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service Civile, le 15 novembre 1921 pour des troubles de la miction. Son histoire est la suivante :

Depuis l'âge de quatorze ans, le malade a remarqué qu'il est beaucoup plus long à uriner que ses camarades. Cette dysurie n'est pas douloureuse, mais elle s'accompagne de pollakiurie diurne. Le malade remarque qu'à ce moment-là il lui était impossible de rester deux heures de suite en classe sans aller uriner.

Ces troubles ont été en s'accroissant sans que le malade y prête attention.

Il a remarqué simplement que pendant la guerre il était obligé de se lever une ou deux fois pour uriner.

Depuis 1918, cette dysurie a augmenté au point que le malade doit faire de grands efforts pendant la miction.

Examen : Montre un globe vésical. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic.

T. R. : Prostate normale.

Un sondage pratiqué montre un résidu de 800 grammes.

A la cystoscopie : vessie à colonnes. Col vésical peu déformé.

Opération : Le 23 novembre 1921.

Ablation à vessie ouverte du col vésical.

Pas de ligature des déférents.

Une mèche dans la cavité.

La vessie est très distendue, épaissie et à colonnes.

Suites opératoires : A la suite de l'ablation de la mèche, le malade fait une hémorragie qui nécessite un retamponnement. Sort de l'hôpital le 27 décembre.

Revu le 28 avril 1922. Urines troubles, mais la vessie se vide complètement.

Le 20 novembre 1922, il revient à Civiale pour des douleurs rénales très vives accompagnées d'élévation de température à 40°. Urines extrêmement purulentes. Un cathétérisme urétéral pratiqué montre le bassinnet distendu (70 c. c.).

Sorti le 5 janvier 1923.

J'ai revu le malade le 6 août. Voici ce qu'il m'a déclaré : « Depuis mon opération les troubles dont je souffrais ont complètement disparu. La miction depuis cette intervention s'est toujours effectuée normalement et complètement. »

OBS. IV. — Observation du Dr Michel Abounader, publiée avec son autorisation.

Dr Michel Abounader, né à Beyrouth en 1889 (âgé de trente-sept ans), jouissait d'une santé excellente. Pas d'antécédents héréditaires ou acquis, pas de syphilis, pas de blennorragie, pas d'alcoolisme, pas d'affection nerveuse médullaire, radiculaire ou sympathique. Pas de neurasthénie.

Première période : Depuis l'âge de sept ans (1896), j'ai toujours éprouvé une gêne à la miction (surtout au début) caractérisée par des efforts pénibles qui s'atténuaient à mesure que la vessie se vidait. Le jet d'urine dans cet intervalle était polymorphe (tantôt biturqué ou fin ou gros).

A l'âge de seize ans, à cette dysurie s'est ajoutée une pollakiurie nocturne qui devint diurne à l'âge de vingt ans.

Donc dysurie bientôt suivie de pollakiurie nocturne, puis diurne.

Deuxième période : Etat stationnaire jusqu'à 1918, où un nouveau symptôme est venu se surajouter : incontinence d'urine.

L'incontinence a commencé par être post-mictionnelle pour devenir nocturne puis diurne et se faisait par gorgée et non pas goutte à goutte, et tout ceci sans aucune douleur.

Troisième période : En novembre 1925, apparition d'une cystite aiguë caractérisée par la triade symptomatique, bientôt suivie d'une rétention d'urine, qui devenait plus complète à mesure que les symptômes de cystite disparaissent.

Depuis janvier 1926 jusqu'au 26 mai, rétention complète.

Pas de calculose, ni de tuberculose dans l'arbre urinaire.

Devant l'incertitude du diagnostic et l'inefficacité du traitement, je me rends à Paris.

« Le Dr Marion, consulté, affirme qu'il s'agit d'une hypertrophie du col vésical d'ordre congénital; diagnostic confirmé du reste par l'opération.

Le 26 mai, le Dr Marion m'enlève le col. Le 10 juin, cicatrisation de la plaie vésicale et miction facile normale, sans aucune incontinence; c'est à partir de cette date que j'ai pu comprendre comment les hommes pissent!

Paris, 14 juin 1926.

Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu.
Dr Michel ABOUNADER.

A l'opération la vessie présentait une épaisseur de la paroi musculaire absolument anormale.

J'ai eu des nouvelles du malade au mois de juin 1928. L'état se maintient satisfaisant.

Examen histologique : Dans la plus grande partie du fragment examiné les faisceaux musculaires sont très abondants, constituant des lobules denses séparés par du tissu conjonctif grêle.

Au fur et à mesure que l'on approche de l'autre extrémité du fragment les fibres musculaires sont de moins en moins nombreuses et séparées, voire étranglées en apparence par un tissu conjonctif de plus en plus important.

Absence complète de culs-de-sac glandulaires.

OBS. V (inédite). — M. F..., âgé de trente-quatre ans, entre à Civiale le 21 juillet 1923 pour une dysurie extrêmement marquée qui remonte à six mois. Elle consiste dans une lenteur remarquable de la miction, le malade mettant de dix minutes à un quart d'heure pour vider sa vessie et ne le pouvant pas toujours.

Le toucher montre une prostate normale. L'exploration de l'urètre indique une liberté complète; cependant, le malade aurait été dilaté il y a deux ans. Contractilité vésicale excellente.

Opération : 26 juillet 1923.

Ablation du col après section circulaire de la muqueuse au bistouri.

Le malade sort le 8 septembre, vidant facilement et complètement sa vessie.

Revu le frère du malade le 25 octobre 1928 qui m'a fait les déclarations suivantes :

« Après avoir eu une amélioration complète pendant deux ans, le malade a vu ses troubles réapparaître en même temps que s'installaient des troubles nerveux et psychiques qui ont nécessité l'internement. »

Cette observation ne nous paraît pas démonstrative et l'interprétation en reste très délicate.

S'agit-il vraiment d'une hypertrophie du col? S'agit-il plutôt d'une rétention chez un tabétique au début?

OBS. VI (due à l'obligeance de MM. Piquet et Bonnacaze). — M. X... (d'Auxerre) nous est adressé par le Dr Sarrazin pour des troubles très marqués de la miction accompagnant un très mauvais état général, le 30 novembre 1926.

Actuellement, à l'âge de cinquante-trois ans, il nous raconte l'histoire suivante :

Dès l'âge de dix-huit ans, j'ai ressenti les premiers symptômes de ma

maladie. Il m'était impossible, à cette époque, d'uriner malgré une envie violente dans certaines circonstances, après une course prolongée à bicyclette par exemple. Après un peu de repos, la miction devenait possible.

Avec le temps, les accidents se sont multipliés, mais depuis une quinzaine d'années j'avais des besoins fréquents d'uriner accompagnés de ballonnement du ventre.

Au début de 1926, la maladie est passée à l'état aigu. Aux besoins d'uriner s'est jointe l'incontinence nocturne m'occasionnant une insomnie presque complète. Dans le jour, les mictions étaient de plus en plus fréquentes et douloureuses.

Actuellement (1926), je souffre plus que jamais pour uriner, je commence à avoir un peu d'incontinence le jour, je souffre de maux de tête violents, de douleurs lombaires, j'ai depuis un mois maigri de plusieurs kilogrammes.

Rien à signaler dans les antécédents.

Pas de blennorragie.

L'examen du malade nous permet de faire les constatations suivantes :

Vessie : En état de rétention chronique. La distension est telle que le malade urine seulement par regorgement, la vessie remontant à l'ombilic.

Urètre : L'examen montre qu'il n'existe ni spasme, ni rétrécissement. On passe aussi facilement une filiforme et un béniqué n° 50.

Prostate : Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une prostate de consistance et de dimensions absolument normales, plutôt petite même pour un homme très jeune.

Les urines sont claires. Elles ne contiennent à l'examen ni sucre, ni albumine, ni pus. Le malade n'a d'ailleurs jamais été sondé.

L'examen complet du malade permet de constater une surdité très accentuée apparue vers l'âge de quarante ans, progressivement aggravée.

L'examen des divers appareils permet de ne rien constater d'anormal.

Tout particulièrement, il n'existe aucun symptôme permettant de faire penser à un tabes, cliniquement du moins (il n'a pas été pratiqué de ponction lombaire. Wassermann négatif).

Dosage d'urée sanguine : 65 centigrammes.

Le 1^{er} décembre 1926 : Cystostomie.

On pratique une cystostomie à l'anesthésie locale. On pense qu'il est prudent de se contenter d'un drainage sus-pubien, le malade ayant un aspect général très fatigué, très intoxiqué, ayant en effet un excès d'urée sanguine.

Le 10 décembre 1926, on fait une phtaléine, P. S. P. = 40 p. 100. On explique alors au malade qu'une intervention, consistant à enlever le col, est à conseiller sans pouvoir néanmoins lui promettre que le résultat en sera certainement favorable. En tout cas, cette deuxième intervention devra être pratiquée ultérieurement.

Le 23 février 1927 :

Dosage d'urée sanguine, en centigrammes.	40
P. S. P., ‰	50
Tension artérielle maxima	16
Tension artérielle minima	8

Le 27 février 1927, intervention.

Anesthésie à l'éther. On enlève au doigt non ganté le col de l'urètre, après éclatement de l'urètre comme dans une prostatectomie.

L'urètre est sectionné entre le pouce et l'index au-dessous du sphincter. Il n'existe absolument pas d'adénome du col. L'intervention n'a présenté aucune difficulté particulière.

La pièce enlevée comprend : le sphincter du col vésical et la portion initiale de l'urètre, sous forme d'un petit cylindre d'environ 2 centimètres de hauteur et de 2 centimètres de largeur.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué. Suites opératoires sans incident, après mise en place d'un drain sus-pubien et d'une sonde à demeure, la vessie est décollée et suturée le douzième jour.

Le malade sort le vingtième jour, la plaie abdominale fermée et urinant seul.

Il nous écrivait le 13 novembre 1927 :

« Aussitôt après l'opération, tous mes malaises ont disparu et les fonctions se sont faites normalement. Je me suis toujours bien porté, je n'ai ressenti aucune douleur dans la vessie, j'ai uriné sans difficulté, j'ai travaillé régulièrement et sans fatigue, ce qui m'était impossible auparavant. »

J'ai eu des nouvelles du malade par M. Bonnecaze, fin juin 1928.

L'état se maintient très satisfaisant et le malade urine toujours sans difficulté.

OBS. VII. — M. J. L..., cinquante-cinq ans.

Il m'est impossible de préciser à quel moment ont commencé les phénomènes qui ont abouti à la rétention d'urine constatée au début de mars 1927.

Il me semble cependant qu'à une époque qui peut remonter à vingt-cinq ans environ j'urinais avec une certaine lenteur, mais sans difficulté : le nombre de mictions pendant le jour était normal et aucune miction ne se produisait la nuit, sauf en période de chaleur et au cas d'absorption d'eau minérale, comme l'eau d'Evian et le champagne.

Le premier incident dont je garde le souvenir remonte à juillet 1912, alors que je souffrais d'un rhume des foins dont je suis atteint annuellement depuis 1895. Etant à ce moment à Berne pour des occupations professionnelles, je dus revenir à Paris en raison de la mission dont j'avais été chargé.

Ayant repris le train pour Berne à 10 h. 1/2 du soir, j'eus dans la nuit 15 ou 16 mictions, chacune d'elles comportant quelques gouttes ; le phénomène disparut dès le lendemain et je l'attribuai alors à un refroidissement, il ne se reproduisit pas, quoique, pendant quinze jours environ, je fusse à la bière comme boisson.

De 1912 à 1915, je ne ressentis aucun malaise ; toutefois, il me semble que de temps à autre j'eus, dès cette époque, à faire un effort pour uriner.

En 1915, étant mobilisé au 21^e corps, à la suite d'une poussée d'hémorroïdes, je constatai de nouveau l'existence de plusieurs mictions nocturnes (3 ou 4). Venu en permission, je consultai le Dr Marion qui attribua mes malaises à une congestion ano-prostatique, suite de légère entéro-colite, et me prescrivit des grands bains chauds et des lavements (laudanum, anti-pyrine) et des suppositoires (belladone, jusquiame) : en quelques jours, je fus soulagé.

Depuis ce moment, il me semble qu'il se produisit une certaine relation entre l'état de mes hémorroïdes et l'état de ma vessie ; chaque fois qu'une poussée hémorroïdaire se produisait quelquefois avec légère perte de sang, je ressentais une difficulté incontestable à uriner et c'est alors, autant que je peux m'en souvenir, que se manifesta d'une manière plus nette la nécessité de faire un effort au début de la miction sans que cet effort eût à se continuer.

De 1920 environ à 1924, la situation demeura sensiblement la même, avec cette précision que l'effort nécessaire au début de la miction devait parfois se continuer pendant toute la miction. C'est pendant la même période que je fus atteint, de 1920 à 1922, d'érysipèles à répétition dont trois furent très violents et au cours desquels, ayant une fièvre assez forte, j'éprouvais une grande difficulté à uriner comme, du reste, dans toutes mes indispositions fébriles (grippe, etc.).

C'est à partir de 1924 que mon état s'aggrava; aux vacances de Pâques de cette année, j'eus une poussée d'hémorroïdes assez forte; le nombre des mictions diurne n'augmenta pas, mais j'eus 2 ou 3 mictions nocturnes. L'application de compresses humides sur la vessie pendant la nuit me procura un soulagement immédiat indéniable.

Je vis alors pour la deuxième fois le Dr Marion qui ne put que constater, comme en 1915, que ma prostate était normale ainsi que mon canal, il me conseilla alors de prendre de l'iodalose pendant dix jours par mois et d'uriner dans la position qui me rendrait la miction la plus facile. A partir de ce moment et jusqu'en décembre 1925 j'urinais assis, à la fois parce qu'il m'avait semblé que c'était ainsi que j'urinais avec le moins de difficultés et parce que l'effort que je devais faire au début et pendant la miction et qui devint de plus en plus grand par la suite (douleur dans la partie lombaire) entraînait pour ainsi dire, à chaque miction, l'évacuation de matières.

Dans la deuxième quinzaine de décembre 1926 et pendant les mois de janvier et février 1927, la situation demeura la même : 4 mictions diurnes, aucune miction nocturne. Mais, me sentant extrêmement fatigué, je consultai mon médecin qui m'ordonna un traitement diurétique, l'urine fut plus abondante et la miction peut-être un peu plus facile après l'effort initial. Toutefois, je ressentis pendant cette période des douleurs dans le ventre que je ne pus localiser d'une façon certaine mais qui devaient, me semble-t-il aujourd'hui, intéresser certainement ma vessie.

Le 28 février, me trouvant à la campagne, je fus pris, vers 5 heures du matin, d'une très forte envie d'uriner; à la suite de la miction, je ressentis une douleur très violente dans le rein gauche que j'attribuai à une colique néphrétique; la crise ayant duré plus d'une heure et demie et mon pouls étant tombé à 38 pulsations, je fis appeler le médecin de Theil; il assista à une seconde crise qui eut lieu dans la matinée, et, tout en admettant l'hypothèse d'une crise néphrétique, il me conseilla de me faire radiographier. J'eus encore deux crises, l'une dans l'après-midi, l'autre dans la soirée, et j'eus deux demi-piqûres de morphine dans les vingt-quatre heures.

Les mictions furent très rares et très peu abondantes. A la fin de la nuit suivante et sensiblement vingt-quatre heures après le début de ma crise, j'eus une miction très abondante à la suite de laquelle la douleur disparut. Je me reposai le mardi, journée pendant laquelle j'urinai avec une certaine difficulté, mais en quantité normale.

Je revins le mercredi à Paris et je ne pus uriner dans la nuit du mercredi à jeudi qu'avec un extrême effort. Le jeudi matin, au moment où mon médecin vint me voir, la fonction était complètement arrêtée.

C'est alors que je demandai au Dr Chevassu de venir me voir : il me sonda et retira environ 1.400 grammes d'urine de ma vessie.

Voici maintenant la note qui m'a été remise par M. Chevassu :

« Je vois M. L... le 6 mars 1927 à 10 heures du matin. Il ne peut plus

uriner depuis le milieu de la nuit. Il s'inquiète plus qu'il ne souffre. Seule la région lombaire gauche est sensible, sans que le rein soit perceptible. Il existe un globe vésical appréciable. Le toucher rectal est un peu délicat du fait d'un bourrelet hémorroïdaire assez étendu. La prostate ne paraît pas augmentée de volume.

Une sonde en gomme n° 16 béquille pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle appréciable. La traversée prostatique n'est pas longue. On retire lentement environ 1.400 grammes d'urine limpide, quantité très supérieure à ce qu'on aurait pu attendre d'une vessie aussi peu douloureuse. L'évacuation de la vessie fait disparaître l'endolorissement de la région lombaire gauche.

Malgré une médication antispasmodique énergique, des compresses chaudes sur l'hypogastre, des lavements chauds, des bains de siège froids, la miction normale n'a plus reparu. Tout au plus M. L... arrivait-il à émettre péniblement de petits jets, de quoi remplir à peine un demi-verre à liqueur. Dès que l'urine s'accumulait dans la vessie, il commençait à souffrir, non pas de la région vésicale, mais de la région rénale gauche.

Des radiographies de l'appareil urinaire ne décèlent aucun calcul. Le rein gauche, non abaissé, est peut-être un peu plus gros que le rein droit. Une cystographie ne montre ni réflexe urétéral, ni diverticule. La vessie a une forme en poire à queue supérieure selon le type infantile. Sur son pourtour se détachent les encoches caractéristiques d'une vessie à colonnes. Pas de saillie anormale au niveau de la prostate.

La cystographie fut suivie d'une crise de contracture intense de la musculature sphinctérienne; lorsque je voulus vider la vessie du collargol à 10 p. 100 qu'elle contenait, il me fut impossible de pénétrer avec la béquille qui servait habituellement au sondage. La sonde montée sur mandrin ne pénétra pas davantage. Si je n'avais pas eu la notion précise de mes sondages antérieurs, je n'aurais jamais osé enfoncer mon mandrin avec l'énergie que je dus finalement y mettre pour vaincre, après quelques minutes d'attente, un spasme comme je n'ai pas le souvenir d'en avoir jamais rencontré.

Par la suite, il m'est arrivé deux fois de voir, à la fin du sondage, la béquille 16, qui avait pénétré facilement tellement serrée que je devais faire un réel effort d'arrachement pour la sortir de la vessie.

Dans l'examen général du sujet, qui fut fait avec soin par mon collègue Fiessinger, rien à noter en dehors d'une exagération considérable des réflexes rotuliens, allant presque jusqu'à la trépidation épileptoïde. Pas d'Argyll. Wassermann négatif. Tension artérielle au Vaquez : 16-10. L'azotémie, à 0 gr. 58 d'abord, est tombée à 0 gr. 32 sous l'influence de la sonde à demeure.

En présence de cet aspect clinique très spécial, je priai mon collègue Marion, que ses études sur l'extirpation du col vésical indiquaient tout spécialement, de venir voir le malade. M. Marion trouva en lui une histoire analogue à celle des quelques malades dont il avait antérieurement publié l'observation sous la dénomination d'hypertrophie congénitale du col.

La question de l'extirpation du col fut franchement abordée, mais je voulus avoir la certitude absolue de la nécessité de cette intervention et nous décidâmes de laisser la sonde à demeure pendant une dizaine de jours en continuant la médication antispasmodique pour voir si, par hasard, la miction normale ne reviendrait pas après ce long repos vésical. A l'ablation de la sonde, aucune miction spontanée.

Je tins à pratiquer une dernière exploration pour bien m'assurer qu'il n'existait pas dans l'intérieur de l'urètre une cause appréciable de contracture. Le 21 mars, après anesthésie épidurale, je pratiquai une urétrocystoscopie au Mac-Carthy. Elle me montra un urètre absolument normal, aux quelques lésions d'œdème près que provoque toute sonde à demeure. Pas de déformation du col vésical : il est sans saillie anormale, en arrière, et n'a qu'une commissure antérieure très modérée. Pas de gouttière urétrale postérieure, veru montanum normal, avec les deux orifices éjaculateurs en œil de scaphandrier et une fente médiane d'utricule très nette. Cependant pas de console au-dessous du veru, ce qui lui donne un aspect franchement sphéroïde.

Rien d'anormal au niveau du sphincter membraneux ni du bulbe.

Dans la vessie, d'abondantes colonnes, les muscles urétéraux sont normaux. Les orifices urétéraux, bien visibles, ne sont pas dilatés. Pas d'orifice diverticulaire.

Toute cause de contracture d'origine intra-urétrale étant éliminée, les causes plus lointaines s'étant elles-mêmes atténuées sans modifier l'état vésical : les hémorroïdes s'étaient calmées, les réflexes s'étaient atténués, il n'y avait plus d'autre ressource pour faire disparaître la rétention que d'agir directement sur le col vésical.

Pour des raisons toutes personnelles, je tenais à ne pas opérer le malade moi-même. Il fut confié à mon collègue Marion.

Appelé par M. Chevassu à voir M. L..., je ne pus comme lui que penser à l'affection que j'avais décrite sous le nom d'hypertrophie congénitale du col vésical. Je proposai nettement la résection de ce col.

L'opération fut pratiquée à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, le 24 mars de cette année. J'ouvris largement la vessie, comme je le fais dans ces cas, j'incisai la vessie sur le pourtour du col vésical au bistouri, à 1 cent. $1/2$ du col et en pénétrant à une profondeur de 1 à 2 centimètres, puis, dans le sillon ainsi tracé, je fis pénétrer le doigt et, sans difficulté, pus extraire le col vésical sous forme d'un petit cylindre musculeux, au centre duquel se trouvait l'urètre, petit cylindre que je remis à M. Chevassu pour examen. Ce cylindre avait environ 2 centimètres de longueur sur 1 cent. $1/2$ d'épaisseur. Au cours de cette opération, deux particularités étaient à noter :

1° L'épaisseur considérable des parois vésicales : celles-ci avaient au moins 2 centimètres d'épaisseur, fait que j'ai déjà noté chez un autre malade, le Dr Abounader, dont j'ai publié l'observation dans ma communication;

2° Lorsqu'on considère le col vésical vu par en haut, on s'aperçoit que son pourtour forme sous la muqueuse vésicale une saillie extrêmement nette, véritable bourrelet circulaire encadrant l'orifice de l'urètre.

Les suites opératoires furent très simples et, vingt-cinq jours après l'opération, le malade ayant fermé sa vessie urinait comme il n'avait pas uriné depuis des années. Depuis qu'il est sorti de la Maison de Santé, ce résultat continue et le malade, récemment encore, m'écrivait une lettre de remerciements conçue dans les termes les plus chaleureux pour lui avoir rendu la possibilité d'uriner, et d'uriner de telle façon qu'il ne l'avait jamais fait depuis fort longtemps.

Examen de la pièce fait dans le laboratoire du Dr Chevassu.

Le Dr Chevassu n'a constaté que des fibres musculaires et quelques glandes. Tout d'abord, il avait pensé qu'il pouvait bien s'agir d'une augmentation de nombre et de puissance des fibres musculaires mais il est revenu un peu de

cette idée en me disant qu'il ne constate pas grande différence entre l'épaisseur de ce col et l'épaisseur de cols normaux.

En tout cas, il ne trouve aucune autre lésion dans la pièce que je lui ai remise.

Le 26 juillet 1928, M. le D^r Chevassu a eu des nouvelles de son malade. Il est enchanté du résultat de l'opération, ses troubles ont disparu et il urine de façon très satisfaisante.

OBS. VIII (inédite). — M. R..., âgé de cinquante-cinq ans, entre à Civiale le 24 décembre 1927 pour une rétention chronique incomplète.

A l'âge de dix à douze ans, le malade s'est aperçu qu'il était beaucoup plus long que ses camarades lorsqu'il urinait. Son jet était plus petit. Il rapporte cette réflexion amusante de son père : « Lorsque tu pisses, tu mets plus longtemps que notre veau. » Le malade a vu cette dysurie augmenter progressivement mais il ne s'en est pas préoccupé, et c'est à l'occasion d'une affection intercurrente (grippe) qu'un médecin appelé remarqua qu'il avait le ventre anormalement gros et posa le diagnostic de rétention par hypertrophie prostatique.

A son arrivée à l'hôpital, le malade se présentait comme un pollakiurique urinant quatre fois la nuit, dix fois le jour. Le toucher rectal montra une prostate normale. On constata, ou on crut constater, qu'il était porteur d'un rétrécissement de l'urètre et on lui fit une urétrotomie interne.

Ce n'est que quelques jours après que M. Marion vit le malade. Une rétention complète se produisit après l'ablation de la sonde, qui avait été laissée quatre jours.

La sonde fut remise pendant quarante-huit heures et, lorsqu'elle fut enlevée, le malade présenta de nouveau une rétention complète.

M. Marion, devant l'absence d'hypertrophie prostatique et l'absence de signes pouvant faire penser à un tabes, posa le diagnostic d'hypertrophie congénitale du col et fit une cystoscopie.

La cystoscopie fut démonstrative, car elle montra que la partie inférieure du col formait un bourrelet très net, concave en haut.

Opération : 14 janvier 1928.

Grande taille. Les parois vésicales sont très épaissies : 2 centimètres, le bord postérieur du col forme un bourrelet saillant dans la cavité vésicale.

Ablation du col aux ciseaux.

Tamponnement de la cavité par une mèche iodoformée.

Suites opératoires normales. Le malade quitte l'hôpital vingt-cinq jours après l'opération.

Il urine toutes les trois ou quatre heures et ne conserve aucun résidu.

Malade revu le 28 juin 1928. Etat aussi satisfaisant que possible. Il vide sa vessie jusqu'à la dernière goutte.

Revu le 10 octobre 1928. L'état s'est maintenu très satisfaisant.

Examen histologique : Le fragment est surtout formé de fibres musculaires lisses groupées en larges lobules, à peine séparés les uns des autres par de grêles travées collagènes.

Une partie minuscule, si on la compare à l'étendue des champs musculaires, est formée par une bande de sclérose semée de quelques îlots lymphoïdes et qui s'étale jusqu'à l'épithélium et l'urètre. Dans cette région superficielle on trouve des culs-de-sac glandulaires qui sont pour la plupart atrophiques et

dont en tous cas l'épithélium est constamment aplati, qui sont loin d'offrir l'aspect adénomateux.

Obs. IX (inédite). — M. P..., âgé de trente-neuf ans, entre à Lariboisière le 9 février 1928 pour rétention chronique complète durant depuis 1926.

Voici l'histoire de ce malade :

Le début des accidents remonte à 1917, date à laquelle le malade a été évacué pour blessure à l'hôpital d'Orléans. Le malade a remarqué qu'il était obligé de pousser pour uriner et que son jet n'avait aucune force. Cette dysurie s'accompagnait de pollakiurie. Le Dr Ca... pose le diagnostic d'atonie vésicale avec infection urinaire d'origine blennorragique probable. Le malade, mis dans l'auxiliaire, va consulter à Necker où un sondage révèle un résidu de 200 grammes. Un examen du système nerveux pratiqué à la Salpêtrière reste négatif, Bordet-Wassermann négatif. En 1923, une cystoscopie pratiquée montre la présence de deux calculs et le malade entre à Lariboisière au mois de septembre 1924.

Le 13 septembre 1924, il subit une cystostomie pour l'extraction de deux calculs de la grosseur d'une petite noix. Fermeture partielle. Mise en place d'un petit tube de Marion.

Suites opératoires compliquées. Le malade revient quinze jours après sa sortie parce que sa plaie de cystostomie s'est rouverte. Mis à la sonde à demeure, il referme puis rouvre à nouveau un mois après.

Le sondage montre un résidu de 200 grammes. M. Marion fait une cystoscopie qui montre une vessie à colonnes. Pensant qu'il s'agit d'un tabes, le malade est soumis à un examen neurologique dans le service du Dr de Mas-sary.

On aurait trouvé d'après les dires du malade :

Réflexes un peu exagérés.

Bordet-Wassermann négatif.

Ponction lombaire négative.

Bien qu'il n'y eut aucun signe de la série tabétique, on fit au malade un traitement antisypilitique. Les troubles allèrent en s'accroissant. Le malade est obligé de se sonder trois ou quatre fois par jour. Il existe des mictions dans l'intervalle des sondages, mais elles sont très peu abondantes et s'accompagnent de douleurs excessivement vives.

En 1927 le malade souffre de sa vessie d'une façon continue et ce sont ces douleurs qui l'amènent à venir consulter à nouveau.

L'examen montre que le malade est porteur d'une fistulette au niveau de sa plaie de cystostomie et la pression fait sourdre quelques gouttes de pus franc.

Les urines sont très troubles et fétides : véritable purée.

Le toucher rectal montre une prostate normale. Signalons que le malade a un hypospade balanique.

Une cystoscopie pratiquée par M. Marion révèle un calcul gros comme un œuf de pigeon. Il n'y a rien d'anormal du côté du col vésical.

Le malade est examiné par M. Bize qui conclut :

Aucun signe nerveux périphérique, réflexes achilléen et rotulien normaux
Pas de troubles de la sensibilité objective et subjective.

Aucun signe de la série tabétique.

Etat mental spécial : mélancolique anxieux.

M. Marion décide d'enlever le calcul et de faire en même temps une ablation du col.

Opération : Le 18 février 1928.

Taille. Vessie très épaissie (1 cent. 1/2). Nombreuses colonnes, muqueuse très rouge. Col d'aspect normal. Ablation du calcul d'apparence phosphatique. M. Marion circonscrit le col par une incision au bistouri, creuse aux ciseaux courbes après avoir amarré le col avec une petite museux et enlève un cylindre d'environ 2 centimètres de hauteur, mèche dans la cavité, drain de Marion.

Suites opératoires normales. Ablation de la mèche le cinquième jour. La vessie étant très infectée on laisse le tube pendant quelques semaines. L'orifice de cystostomie tardant à se fermer spontanément, il est suturé le 12 mai 1928. Le malade sort le 7 juin ayant des mictions toutes les trois heures. Les urines sont encore légèrement troubles, mais le malade urine sans garder le moindre résidu.

Revu le 10 octobre 1928. Pas de résidu. Etat très satisfaisant.

Examen histologique : *Premier fragment*. — Au niveau du col vésical, il y a un épithélium complètement malpighiennisé. Au-dessous, réaction inflammatoire considérable, chorion muqueux marqué par congestion, œdème, infiltrat lymphoplasmocytaire.

Plus profondément, on observe des lésions scléreuses considérables atteignant le tissu interstitiel et les parois musculaires et dans toute cette région les fibres musculaires sont dissociées par la sclérose ou forment des petits lobules isolés les uns des autres.

A mesure qu'on s'éloigne de la muqueuse les fibres musculaires deviennent plus denses et forment de larges travées où elles se présentent sous des épaisseurs variables en apparence et forment des nappes dont le diamètre est également variable. Le tissu conjonctif est extrêmement grêle. Aucun cul-de-sac glandulaire n'est visible.

Deuxième fragment. — L'examen de ce fragment montre uniquement des faisceaux musculaires extrêmement épais formés des fibres lisses juxtaposées ou intriquées qui se présentent coupées sous des incidences différentes et ne sont séparées que par des cloisons connectives extrêmement grêles.

Les vaisseaux sont de diamètre assez large et possèdent des parois très épaisses. Il n'y a aucun cul-de-sac glandulaire. Il semble bien, plus encore que dans l'autre fragment, qu'il s'agisse d'hypertrophie musculaire pure.

Troisième fragment. — On trouve quelques culs-de-sac glandulaires qui sont strictement sous-muqueux et qui occupent une zone très peu étendue eu égard au volume de la muqueuse.

Ces culs-de-sac glandulaires, pour ceux qui sont en surface, présentent un épithélium pluri-stratifié, et à l'entour de tels culs-de-sac existe une réaction inflammatoire du tissu conjonctif sous-jacent.

On peut donc penser logiquement que les modifications épithéliales sont sous la dépendance des altérations conjonctives sous-jacentes.

Les culs-de-sac plus profonds sont, eux, en pleine musculature et il n'y a point de réaction inflammatoire ou conjonctive qui les entoure.

Or, là les culs-de-sac glandulaires souvent distendus ont un épithélium très aplati, quelquefois lamelliforme. Le revêtement est curviligne et non papilliforme. Les culs-de-sac contiennent quelquefois une flaque liquide qui est peut-être un produit de sécrétion.

C'est l'aspect habituel aux culs-de-sac glandulaires remplis d'un produit de sécrétion et dont l'épithélium ne fonctionne plus.

Ces culs-de-sac glandulaires sont du reste essayés dans un tissu musculaire très dense formant des vastes lobules à peine séparés les uns des autres et occupant de beaucoup la majeure partie de la préparation.

Obs. X (inédite). — M. El..., âgé de quarante ans, consulte M. le D^r Marion pour des troubles de la miction.

Depuis plus de vingt ans, le malade est obligé de pousser pour uriner. Il a la sensation de ne pas vider complètement sa vessie et cette dysurie, très pénible, s'accompagne de pollakiurie. Pollakiurie surtout diurne, 8 à 10 fois par jour. Les urines étant troubles, on fait un examen bactériologique qui montre la présence de staphylocoques. Le malade est soigné pour cystite, mais les lavages vésicaux, les vaccins n'amènent aucune amélioration.

Les troubles s'accroissent progressivement et le malade souffre au point de déclarer : « Je ne pouvais marcher que difficilement ».

Sur les conseils du D^r Abounader (obs. IV), il se décide à venir consulter M. le D^r Marion.

L'examen montre un urètre perméable et le sondage permet d'évacuer un résidu de 800 grammes.

Les urines sont très troubles et fétides.

La prostate est normale.

Rien du côté du système nerveux.

La cystoscopie pratiquée montre un col rouge formant une barre très nette à la partie inférieure.

M. Marion pose le diagnostic d'hypertrophie congénitale du col vésical.

Opération le 13 juin 1928 aux Frères Saint-Jean-de-Dieu.

Au moment où la sonde pénètre dans la vessie, on sent une résistance analogue à un spasme.

Grande taille. Les parois de la vessie sont légèrement épaissies. Pas de colonnes. Le col se présente sous un aspect très spécial.

L'orifice du col forme un puits entouré par un *bourrelet circulaire* plus marqué en arrière. Ce bourrelet forme une saillie de 5 millimètres environ dans l'intérieur de la vessie. Il tranche par sa coloration violacée sur le reste de la vessie.

M. Marion circonscrit le col au bistouri à 1 centimètre environ de l'orifice. Il amarre le col avec une petite pince de Museux et approfondit aux ciseaux courbes ce qui lui permet d'enlever un petit cylindre haut de 2 cent. 1/2 environ, large de 1 cent. 1/2.

Tamponnement de la cavité avec une petite mèche iodoformée.

Drain sus-pubien.

Le malade sort guéri quatre semaines après l'opération.

Il vide sa vessie jusqu'à la dernière goutte et ne conserve pas de résidu.

Examen histologique : Premier fragment. — La coupe va jusqu'à l'urètre qui a un épithélium un peu hyperplasique et est entouré par quelques culs-de-sac glandulaires. Au-dessous, on note une réaction inflammatoire avec congestion et infiltrat lymphocytaire, plasmocytaire et un peu polynucléaire. Donc, réaction de date ancienne et encore évolutive.

Cette réaction ne s'étend pas. Elle est purement localisée à la sous-muqueuse.

Au delà quelques culs-de-sac glandulaires peu nombreux, de faible diamètre qui, pour la plupart, sont parfaitement arrondis. Ces culs-de-sac présentent un minimum d'anfractuosités, possèdent un épithélium souvent bas, aplati et ne contiennent pas de symplexions, mais des sortes de plaques grumelleuses.

Le reste du fragment prélevé est constitué par des bandes ou des lobules de fibres lisses.

Pour celles qui sont dans le voisinage de l'urètre, ces travées sont peu étendues et séparées par des tractus de tissu conjonctif très collagène aussi épais que les faisceaux musculaires.

Plus loin, les cloisons conjonctives sont beaucoup moins épaisses. Dans toutes ces cloisons conjonctives, il y a des vaisseaux assez vastes qui ont des parois épaisses et des capillaires qui ont toujours une paroi conjonctive.

Tous ces vaisseaux sont gorgés de globules rouges, mais il n'y a aucun autre stigmate de réaction inflammatoire.

On peut admettre que la congestion est due à des troubles mécaniques.

Deuxième fragment. — On note quelques culs-de-sac glandulaires autour de l'urètre, mais ils n'ont pas l'aspect des culs-de-sac glandulaires que l'on rencontre dans les cols normaux. Ils sont étranglés par le tissu musculaire ou quelquefois par le tissu fibreux. Les cavités sont plus réduites, l'épithélium est plus bas. On trouve quelques rares corps amylacés dans les cavités et uniquement dans les grandes.

Obs. XI. — M. C..., quarante-six ans, vient me trouver en mai 1926 porteur d'une cystostomie pratiquée à Lyon par le Dr Gauthier.

Depuis plusieurs années, M. C... est atteint de troubles considérables de la miction, qui ont abouti progressivement à une impossibilité presque absolue d'émettre de l'urine. Il en est arrivé à la nécessité de se sonder plusieurs fois par jour. Naturellement, le malade s'est infecté et les urines sont très troubles.

M. Gauthier le voit en juillet 1925 et, après examen, reconnaît l'existence d'un grand diverticule vésical droit. A lui seul, ce diverticule pouvait expliquer la rétention.

Cependant, M. Gauthier pense à de la contracture du col et pratique des dilatations aux Béniqués et au Kolmann. Mais il n'obtient aucun résultat; il écarte ce diagnostic de contracture et admet l'influence du diverticule.

Aussi, M. Gauthier, très logiquement, conseille l'ablation de ce diverticule qu'il pratique par voie latérale après ouverture de la vessie. L'opération fut difficile mais complète. Lorsque la plaie fut complètement cicatrisée et la vessie fermée, il fut évident que le malade n'urinait pas plus facilement qu'avant, bien que l'importance du résidu fût sensiblement diminuée. Le Dr Gauthier pratiqua alors une réouverture de la vessie afin d'éviter au malade les ennuis du sondage.

Le malade m'arrivait donc dans ces conditions avec une cystostomie, des urines encore extrêmement infectées. Je pensai qu'il devait s'agir d'une hypertrophie du col et j'en conseillai l'ablation. Mais auparavant, étant donné l'infection vésicale, je pratiquai une série d'injections d'autovaccins et des lavages répétés de la vessie.

Je pratiquai l'opération le 10 juin à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu. J'enlevai non sans difficulté le col par fragments plutôt que d'une façon bien correcte. Tamponnement, drainage sus-pubien.

Les suites furent plus simples que je ne le pensais et, si la fermeture de la cystostomie déjà ancienne fut longue à obtenir (six semaines), le résultat fonctionnel fut complet et, aussitôt que la vessie se trouva fermée, le malade put uriner de la façon la plus complète, la vessie se vidant jusqu'à la dernière goutte. En même temps des lavages avaient éclairci les urines et le malade, fin juillet, pouvait retourner à Lyon complètement guéri.

J'ai revu le malade le 29 octobre 1928. Le malade est enchanté du résultat et n'a plus aucun trouble de la miction.

OBS. XII. — L'une des observations m'est commune avec le Dr Van Straelen, d'Anvers. Il s'agit d'un malade que m'avait envoyé, en 1924, le Dr Van Straelen parce que sa vessie ne se vidait pas. Je ne vous raconte pas toute cette histoire très longue; qu'il vous suffise de savoir que la rétention d'urine était survenue en 1922, que le malade avait subi une cystostomie, que l'on avait reconnu un diverticule auquel on ne s'était pas attaqué et qu'afin de supprimer ce diverticule il me fut envoyé en 1924.

A la suite de l'opération du diverticule, le malade avait continué à ne pas uriner et j'avais dû lui remettre en état sa cystostomie. Depuis cette époque, j'avais perdu complètement le malade de vue. Or, cette année, lorsque nous allâmes à Anvers, à l'occasion du Congrès de Bruxelles, le Dr Van Straelen me pria de revoir le malade en question afin de lui dire s'il ne serait pas opportun d'essayer de supprimer le col vésical, l'ablation du diverticule n'ayant donné aucun résultat. Je vis donc le malade pendant que les congressistes visitaient le Jardin zoologique et je ne pus que conseiller au Dr Van Straelen de supprimer au malade le col vésical suivant les indications que je lui fournis.

Et voici la lettre que m'écrivit le Dr Van Straelen le 21 novembre 1927 :

« Vous aurez sans doute été très étonné de n'avoir pas encore reçu des nouvelles du cas de M. St..., d'Anvers : l'opération pour des motifs divers n'a pu avoir lieu que le 5 octobre dernier.

« Avec l'aide bienveillante de notre ami, le Dr Cauterman, nous fîmes alors, comme vous avez bien voulu le conseiller, la résection du col vésical au bistouri.

« Tout se passa sans incident et sans élévation de température, et le 30 octobre M. St... put quitter la clinique, sa vessie complètement fermée depuis plusieurs jours et urinant spontanément sans laisser d'urine résiduelle dans sa vessie.

« Le malade fit des lavages de nitrate d'argent et actuellement les urines ne sont plus malodorantes, ni purulentes, mais simplement un peu louches.

« M. St... pourra reprendre bientôt ses occupations. Il me prie de vous transmettre ses sentiments de très grande reconnaissance. »

Le 7 novembre 1928, M. le Dr Van Straelen a eu l'obligeance de m'envoyer des nouvelles de M. St... Le malade urine toutes les trois heures et vide sa vessie jusqu'à la dernière goutte.

OBS. XIII. — M. L..., cinquante-deux ans, entre à Lariboisière le 3 novembre 1926 pour pyurie extrêmement marquée et pour pollakiurie (miction toutes les heures aussi bien la nuit que le jour).

A chaque miction, douleurs très vives et épreintes. Tous ces troubles étaient apparus progressivement deux ans auparavant dans le courant de 1924.

Le malade, avant la guerre, avait remarqué qu'il était beaucoup plus long à pisser que ses camarades et que son jet était moins fort.

En mai 1925, on pose le diagnostic de rétrécissement, on fait une urétrotomie interne en ville qui n'amène aucune amélioration.

En mai 1926, à Beaujon, le Dr Michon pratique une cystoscopie et découvre au dire du malade un diverticule vésical.

A son entrée à Lariboisière, en novembre 1926, l'examen démontre un urètre parfaitement perméable, une prostate normale, un résidu vésical de 700 grammes. Un lavage de vessie, aussi prolongé soit-il, ne permet pas d'éclaircir complètement les urines. La cystoscopie montre un diverticule dont l'orifice est situé sur la face latérale droite de la vessie à proximité de l'urètre droit. Une cystographie pratiquée confirme l'existence d'un grand diverticule.

Je considère donc que c'est au diverticule vésical que l'on doit la rétention d'urine et l'infection dont la vessie est le siège.

Opération, le 13 novembre 1926 : Taille sus-pubienne, découverte du diverticule de la dimension d'un gros poing latéro et sous-vésical à la fois et qui s'étale sous la vessie à quelques millimètres seulement de l'orifice urétéral. Ce diverticule peut être enlevé complètement sans trop de difficultés.

Les suites opératoires sont assez simples, et comme l'orifice de cystostomie tarde à se fermer spontanément il est suturé le 12 janvier 1927. Le malade, à ce moment-là, urine par le canal toutes les trois ou quatre heures, mais avec difficultés.

Dans les premiers jours de février 1927, un abcès se forme sur la cicatrice et la vessie se rouvre; on obtient la fermeture de cette fistule en laissant pendant quelques jours une sonde à demeure dans le canal.

De février à octobre 1927, la miction ne s'est pas améliorée; le malade urine toujours avec grande difficulté. Il garde dans sa vessie un résidu de 300 à 400 ou 500 grammes d'urine et la vessie se rouvre six fois pendant cette période.

J'avais exposé au malade, à la suite de cet échec partiel; que vraisemblablement il faudrait lui supprimer le col vésical pour obtenir un résultat parfait. Le malade l'accepta.

Cette suppression fut effectuée le 15 octobre 1927 par voie transvésicale à vessie ouverte.

Le 19 novembre 1927, fermeture et suture de l'orifice de cystostomie qui tardait à se cicatriser.

Le malade est guéri complètement le 3 décembre, et à ce moment-là il urine tout à fait normalement et il vide sa vessie jusqu'à la dernière goutte.

Revu le malade le 15 octobre 1928 : pas de résidu. Miction toutes les quatre heures.

Examen histologique : Dans le fragment examiné, on trouve des fibres musculaires lisses entrecroisées en divers sens, mais en faisceaux très peu épais et dissociés par du tissu conjonctif, quelquefois fibreux, mais surtout inflammatoire, jeune, avec un infiltrat très abondant lymphoplasmocytaire.

Dans la région qui avoisine l'urètre, il s'agit uniquement de tissu fibreux extrêmement dense. On peut parler évidemment d'hypertrophie musculaire, mais, ce qui domine, c'est encore une réaction inflammatoire encore évolutive et que, partant, il est difficile d'interpréter, le tissu fibreux n'étant peut-être que le témoin de cette réaction inflammatoire.

Absence presque complète de glandes, les quelques rares débris glandulaires que l'on trouve dans la région péri-urétrale sont atrophiques.

OBS. XIV (inédite). — M. D..., âgé de dix-neuf ans, va consulter M. Marion pour une rétention d'urine chronique durant depuis trois ans.

Le malade avait consulté auparavant de nombreux urologues qui l'avaient condamné au sondage quotidien.

L'examen ayant montré l'absence de rétrécissement, une prostate normale, le système nerveux intact, M. Marion, vu l'âge du malade et le début des accidents, porte le diagnostic d'hypertrophie congénitale du col vésical.

Opération : Le 12 juin 1927, aux Frères Saint-Jean-de-Dieu. Grande taille. L'examen montre un grand diverticule vésical adhérent à l'uretère droit.

L'uretère droit est disséqué et réimplanté dans la vessie après ablation du diverticule.

Le col vésical est circonscrit à 1 centimètre de l'orifice urétral par une incision au bistouri et enlevé en totalité aux ciseaux.

Suites opératoires : Le malade fait une pyonéphrose droite due à la réimplantation de l'uretère. Néphrectomie secondaire faite le 1^{er} août 1926.

J'ai eu des nouvelles du malade le 20 juin 1928. La guérison s'est maintenue et le malade urine toujours de façon aussi satisfaisante.

OBS. XV. — J'opérais encore le 1^{er} décembre à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu un jeune homme de trente-trois ans qui, depuis plusieurs années, présentait de la dysurie. Dans ces temps derniers, la dysurie avait acquis une telle intensité que le malade était obligé de se sonder plusieurs fois par jour, les urines étaient devenues extrêmement pyuriques. Vu par plusieurs urologues, aucun n'avait émis d'hypothèse valable pour expliquer cette rétention.

Le malade me fut présenté par le D^r Larger, de Maisons-Laffitte.

A la cystoscopie, je pus constater qu'il existait d'une part un diverticule à droite et une hypertrophie manifeste du col caractérisée par un véritable bourrelet postérieur, ne ressemblant du reste en rien à une saillie d'hypertrophie de la prostate.

J'opérai donc le malade et, chez lui, comme chez tous les autres, je constatai ce que je vous disais tout à l'heure, c'est-à-dire une hypertrophie considérable de la paroi vésicale, en même temps qu'une saillie circulaire plus prononcée en arrière autour du col vésical. J'enlevai un diverticule du volume d'un gros citron, situé à droite et au-dessous de la vessie. Ce diverticule par bonheur n'avait aucune connexion avec l'uretère du même côté. Je supprimai ensuite le col suivant la technique habituelle.

Actuellement le malade est en voie de guérison; je ne peux pas vous dire qu'il urine puisqu'il n'est pas encore guéri, mais je puis affirmer, d'après mon expérience de ces cas, que le malade urinera parfaitement.

J'ai eu récemment des nouvelles de ce malade qui a vu disparaître tous ses troubles depuis l'intervention et est enchanté du résultat.

Revu le malade le 29 novembre 1928, le résultat se maintient très satisfaisant.

Examen histologique : Le fragment prélevé qui va jusqu'à l'urètre est constitué par des faisceaux de fibres musculaires lisses dont certains sont extrêmement denses et où les fibres présentent un diamètre très étendu et sont séparées par des travées conjonctives peu importantes,

Mais cet aspect n'est pas partout réalisé et en d'autres points les fibres musculaires sont plus grêles, le stroma plus épais, le tissu conjonctif beaucoup plus important.

Absence complète de tissu glandulaire et aucun signe de réaction inflammatoire.

Il s'agit donc ici d'hypertrophie musculaire pure.

RÉSULTATS

Nous avons réuni 15 observations, dont 6 inédites.

Les résultats immédiats ont été bons chez tous les malades opérés. Non seulement ils ont vu leurs troubles mictionnels disparaître, mais le sondage pratiqué chez tous ces malades (dont quelques-uns étaient atteints de rétention chronique depuis des années) n'a montré aucun résidu.

Quant aux résultats tardifs, ils sont aussi satisfaisants. Un malade (Obs. X) n'a pu être revu, un malade (Obs. V) après une amélioration de deux ans a vu ses troubles réapparaître, mais il semble que ce cas ne répond pas pleinement à la définition de notre sujet.

Tous les autres malades ont été revus et sont enchantés du résultat qui est excellent. Les malades ont été revus :

L'un après quinze ans ;

L'un après neuf ans ;

L'un après sept ans ;

Deux après deux ans ;

Six après un an ;

Deux après sept mois.

Chez ces malades, les suites opératoires ont toujours été simples et nous n'avons jamais observé d'incontinence d'urine.

CONCLUSIONS

1° L'affection que M. Marion décrit sous le nom d'hypertrophie congénitale du col vésical se manifeste par des troubles de la miction : dysurie, rétention chez des malades qui ne présentent aucune lésion apparente des voies urinaires ni aucun trouble du système nerveux.

2° L'étiologie de cette affection est encore assez imprécise ; un point doit cependant être mis en lumière de façon particulière : c'est la précocité d'apparition des troubles. C'est un des principaux arguments en faveur de l'origine congénitale.

3° Le diagnostic est basé sur l'élimination soigneuse de toutes les affections habituelles connues comme cause du syndrome de dysurie ou de rétention et sur le facteur étiologique de l'âge.

4° Les examens histologiques pratiqués sur neuf pièces opératoires ont montré une hypertrophie musculaire très nette du col vésical sans modifications appréciables des autres tissus conjonctif ou glandulaire.

5° Le traitement a consisté dans tous nos cas en une suppression complète du col vésical par voie transvésicale et il a été suivi dans 14 cas sur 15 d'un succès complet.

6° Nous pensons que cette affection constitue une entité bien définie au point de vue anatomo-clinique.

Ce qui nous porte à croire qu'elle est de nature congénitale, c'est la coexistence fréquente d'autres lésions qui, dans les cas observés, nous ont paru indiscutablement congénitales. Le diverticule coexistait dans un tiers des cas.

7° Il nous semble que les termes de « prostatisme vésical sans prostate », d'« atonie vésicale primitive » doivent disparaître de la nosologie. Ils désignent un syndrome dont le démembrement doit se faire au profit d'entités morbides bien définies. Parmi celles-ci, l'hypertrophie congénitale du col vésical nous paraît mériter une place prépondérante.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN et NOGUÈS (1908) : Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. I^{er} Congrès international d'urologie.
- BACHRACH (1926) : Hypotonie et hypertonie vésicale après les opérations pour diverticule. *Wien. Klin. Woch.*, p. 1128.
- BARADULIN (1924) : Die contractur des Blasenhalsses. *Folia urologica*.
- BARTH (1911) : L'atrophie de la prostate. *Arch. f. Klin. chir.*, p. 523.
- BARTRINA (1921) : A propos du diagnostic de l'hypertrophie prostatique. *Presse Médicale*, 2 juillet, p. 521.
- BEER (1922) : Contracture du col vésical. *New York med. Journ.*, 3 mai, p. 536.
- BEER (1924) : Rétention chronique chez les jeunes garçons due à l'obstruction du col de la vessie. *Annals of Surgery*, février.
- BENJAMIN (1915) : Prostatic obstruction without hypertrophy. *Trans. of the Amer. Assoc.*, p. 268.
- BLUM (1926) : Fautes et erreurs dans le diagnostic et le traitement de l'hypertrophie prostatique. *Wien. med. Woch.*, n° 39.
- BRANDS FORD LEWIS (1915) : Contre-indication to surgical intervention in obstruction at the vesical neck. *Trans. of the Amer. Assoc.*, p. 274.
- BUERGER (1920) : Nouvelles méthodes de diagnostic de l'état du col de la vessie et de l'urètre postérieur. *Journ. d'Urol.*
- BUERGER (1920) : Anatomie pathologique et traitement opératoire de la contracture du col de la vessie. *Journ. d'Urol.*, p. 451.
- CARRARO (1914) : Sur les soi-disant prostatiques sans prostate. *Revue clinique d'uro.*, mars.
- CATHELIN (1913) : Rétentionniste complet jeune sans prostate. *Ass. franç. d'Urol.*, octobre.
- CAULK (1921) : Contracture du col de la vessie chez la femme. *The Journ. of urology*, t. VI, n° 5, p. 341.
- CAULK (1921) : Obstructions du col vésical. *Journ. of urol.*, t. XI, n° 1.
- CAULK (1925) : Contracture du col vésical. *Journ. of urol.*, septembre, p. 293.
- CAULK (1920) : Infiltration anesthesie of the internal vesical orifice for the removal of minor obstructions presentation of a cautery punch. *The Journ. of urol.*, vol. IV, n° 5, octobre.
- CAULK (1921) : A new method of removing the median bar type of prostate obstruction. *The Journ. of the Missouri state Med. Assoc.*, vol. XVIII, juin, p. 191.
- CAULK (1927) : Progress in the surgery of prostatic obstruction. *The Journ. of the Tennessee state Med. Assoc.*, mai.
- CAULK et SANFORD (1924) : Section au cautère dans l'ablation des obstructions du col vésical. *The Journ. of Amer. med. Assoc.*, n° 25, 20 décembre.
- CHARBONNIER (1912) : Les diverticules de la vessie. *Thèse Paris*.

- CHETWOOD (1905) : Prostatisme without enlargement of the prostate. *Annals of Surgery*, n° 4.
- CHETWOOD (1913) : Contraction du col de la vessie. *New York med. Journ.*, 8 février, p. 259.
- CHETWOOD (1925) : Revue de la question de la sténose du col vésical y compris les contractures, scléroses et barres. *The urol. and Review*, t. XXIX, n° 8, août, p. 457-459; *Transact. of the Amer. Assoc.*, p. 83.
- CHETWOOD (1908) : *Therapeut. Gaz.*, décembre; *New York Polyclinic Journ.*
- CHOLZOFF (1910) : La contraction chronique du col vésical. *Folia urologica*, t. IV, p. 788.
- CHOLZOFF (1925) : Prostatisme sans prostate. *Russische uro gessel.*, t. VI.
- CHOLZOFF (1927) : Sur les troubles de l'émission de l'urine provoqués par les obstacles de la région du col de la vessie sans hypertrophie prostatique. *Geits. für Urol. chir.*, t. XXIII, août.
- CHUTE (1926) : Rapports entre l'obstruction due à la petite prostate et d'autres troubles vésicaux. *Boston med. and surg. Journ.*, 4 novembre.
- CIFUENTES (1918) : Considérations sur le prostatisme avec petites prostates. IV^e Congrès, Madrid.
- COLLINGS (1926) : Nouvelle méthode d'excision électrique des lésions obstructives du col de la vessie, contractures et barres. *The Journ. of urol.*, t. XVI, n° 6, décembre, p. 545.
- COURTADE (1921) : Des rétentions d'urine survenant chez les neurasthéniques et de leur traitement électrique. *Journ. méd.*, Paris, n° 26, 20 septembre, p. 485.
- CUNNINGHAM (1915) : Structura of the deep uretra simulating prostatic obstruction. *Trans. Amer. Assoc.*, p. 282.
- DETON (1913) : Pathogénie du prostatisme. *Journ. d'urol.*, t. IV, p. 233.
- DETON : Barre interurétérale, cause principale d'une rétention complète. *Journ. d'urol.*, p. 237.
- EISENDRATH (1925) : Obstructions du col vésical. Comment peut-on abaisser la mortalité opératoire et améliorer les résultats éloignés. *Canadian med. Assoc. Journ.*, octobre, p. 1037.
- ENGLISH (1901) : Über Klemheit der vorsteherdüse und die dadurch bedingten storungen der Harnentleerung. *Zeit. f. Heilkunde*, t. XXII.
- ESCAT (1913) : Rétraction du col vésical et prostatisme. *Assoc. franç. d'urol.*, octobre.
- FAYOL (1913) : Pseudo-prostatisme sans prostate. *Lyon méd.*, janvier.
- FROHNSTEIN (1923) : Die primare Atonie der Harnblase. *Folia urologica*.
- FULLER (1897) : Chronic contraction of the prostatic fibres encerceling the vesical neck and its treatment. *The med. Journ. of med. sciences*, p. 440.
- GAYET (1925) : Rétention chronique d'urine chez la femme. *Lyon méd.*, n° 9, mars.
- GENOUVILLE (1894) : Contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. *Thèse Paris*.
- GERAGHTY (1922) : Sphinctérotomie par l'urètre. *Journ. of Urol.*, mai.
- GUNDRUM (1922) : Atonie vésicale familiale. *Journ. of Ann. Med. Assoc.*, février, p. 411.
- GUYON et ALBARRAN (1889) : Prostatisme vésical. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, p. 65.
- HEITZ-BOYER (1919) : *Revue de Chirurgie*.
- HYMAN (1914) : Vessie normale et son sphincter. *Ann. of Surg.*, avril, p. 544.
- KEYES (1905) : Rétrécissement inflammatoire de l'urètre postérieur. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, n° 15.
- KEYES (1917) : a) *Trans. Amer. Urol. Assoc.*, avril; (1913) b) Ultimate results of the Chetwood operation. *New York Med. Journ.*, octobre.
- KRAMER (1928) : Contracture of the vesical neck. *Med. Journ. and Record*, n° 2, p. 92-94.

- LAZARUS (1927) : Obstruction lesion involving the vesical outlet. *Amer. Journ. of Surgery*, n° 3, septembre, p. 241.
- LE FUR (1926) : Congrès d'Urologie.
- LE FUR (1935) : Des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, p. 1.
- LE FUR (1933) : *An. J. Urol.*, p. 332.
- LE FUR (1927) : Rétention d'urine. Atrésie partielle du col vésical. *Presse Méd.*, 21 juin.
- LEGUEU (1919) : Le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique. *Arch. Urol. de Necker*, t. II, fasc. 2, p. 197.
- LEGUEU (1922) : La conception nouvelle de la maladie prostatique. *Arch. Urol. de Necker*, t. II, p. 201.
- LEGUEU (1927) : L'hypertrophie du col vésical. *Journ. d'Urol.*, décembre, p. 534; *Soc. franç. d'Urol.*, 21 novembre.
- LEPAUTRE (1926) : Congrès d'Urologie.
- LUTS (1918) : Les prostatiques sans prostate. *Journ. des Prat.*, 20 avril.
- MARION (1912) : Existe-t-il un prostatisme vésical ? *Journ. d'Urol.*, octobre.
- MARION (1927) : De l'hypertrophie congénitale du col vésical. *Journ. d'Urol.*, t. XXIII, n° 2, février.
- MARION (1927) : Les dysuries par modification du col vésical. *Bull. de la Soc. franç. d'Urol.*, n° 9, décembre, p. 256.
- MARION (1928) : A propos des dysuries par modification du col vésical. *Journ. d'Urol.*, t. XXV, n° 1, janvier.
- MARION (1928) : Hypertrophie congénitale du col vésical. *Traité d'Urol.*
- MARION (1928) : De l'hypertrophie congénitale du col vésical. *Académie de Médecine*, t. XIX, n° 6, février, p. 175.
- MARION et CHEVASSU (1927) : Un nouveau cas d'hypertrophie congénitale du col vésical. *Soc. franç. d'Urol.*, 11 juillet, in *Journ. d'Urol.*, t. XXIV, n° 2, p. 161.
- MARTIN (1922) : Troubles dysuriques consécutifs à l'existence d'une valvule congénitale du col de la vessie. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, n° 30, novembre.
- MERCIER (1856) : Recherches sur le traitement des maladies des organes génito-urinaires.
- MICHON [L.] (1927) : Prostatiques sans prostate. *Journ. méd. français*, janvier, p. 24.
- MOLARRY (1923) : Méthode pour supprimer les petites obstructions de l'orifice vésical à l'aide de l'électrode à haute fréquence. *The Urol. and Cutan. Review*, octobre, p. 605.
- MOLARRY (1927) : Diagnostic et traitement des déformations et obstructions de l'orifice vésical avec un nouveau type d'électrode à haute fréquence. *The Urol. and Cutan. Review*, juillet, p. 407.
- MORAN (1901) : Note sur un cas de prostatisme sans prostate. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, p. 1623.
- MOREAU (1922) : Les prostatiques sans prostate. Quelques considérations. *Thèse Paris*.
- MOTZ (1900) : Contribution à l'étude du prostatisme. *Congrès de Chirurgie urinaire*, p. 256.
- MOTZ et ARBESE (1903) : Notes sur les vessies des prostatiques sans prostate. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, t. XXI.
- NICOLESKO (1925) : Hypertrophie congénitale de la vessie. *Thèse Paris*.
- PAPIN (1924) : Endoscopie opératoire des voies urinaires.
- PAPIN (1922) : L'atrophie de la prostate. *Le Sculpel*, n° 37, p. 893.
- PAPIN et VERLIAG (1920) : Etude sur les tumeurs bénignes uréthro-prostatiques. *Arch. Urol. de Necker*, t. II.

- PAPIN (Marc) [La Rochelle] (1928) : Contribution à l'étude des dysuries dues aux maladies du col vésical. *Journ. d'Urol.*, t. XXV, n° 3, mars, p. 234.
- PARIS (1914) : De la prétendue atrophie de la prostate. *Thèse Paris*.
- PARKER (1923) : Les obstructions du col vésical, leur traitement chirurgical en particulier avec le punch appareil de Young. *Surg. Gyn. and Obst.*, n° 1, janvier.
- PASQUEREAU (1911) : Barre vésicale interurétérale. *Assoc. franç. d'Urol.*, p. 757.
- PEDROSO (1922) : Contracture du col vésical. *Arch. de l'hosp. de La Habana*, octobre.
- PHÉLIP (1922) : Recherches endoscopiques sur le fonctionnement du col vésical et les rétentions incomplètes. *Lyon chir.*, avril, p. 170.
- PICQUET et BONNECAZE (1928) : Malformation congénitale du col vésical. *Journ. d'Urol.*, t. XXV, n° 2, février, p. 159; *Soc. franç. d'Urol.*, janvier.
- PIRONDINI (1925) : Contribution à l'étude de la soi-disant barre du col vésical. *Archivio Italiano di urologia*, t. II, n° 1, septembre.
- RANDALL (1917) : Median bar as formed at autopsy. *Journ. of Urol.*, août.
- REVERTES (1918) : Sobre la pathogenia del prostatismo. Congrès de Madrid.
- RICHER (1927) : Chirurgie du muscle vésical. *Journ. d'Urol.*, n° 3, mars, p. 210.
- RICHER (1928) : Tumeur du col vésical à signe d'hypertrophie prostatique. *Lyon chir.*, t. XXV, n° 2, mars-avril, p. 201.
- ROBINSON : Hypertrophie congénitale du veru montanum cause de rétention urinaire. *The Journ. of Urol.*, t. XVII, n° 3, p. 381.
- ROCHET (1914) : Essai du traitement chirurgical des rétentions dites sans obstacle mécanique. *Assoc. franç. d'Urol.*
- ROCHET (1927) : Les obstacles et déformations du col vésical en dehors de l'hypertrophie prostatique. *Lyon chir.*, t. XXIX, n° 4, août; *Soc. Chir. de Lyon*, 10 février.
- RUBRITIUS (1924) : Des rétentions d'urine dues à une contracture persistante du sphincter et de leur traitement. *Gessel. ur. Kong. in Wien*.
- RUBRITIUS (1922) : De l'hypertonie idiopathique du sphincter comme cause des rétentions chroniques d'urine. *Zeit. f. Urol.*, t. VII, n° 9, p. 522.
- RUBRITIUS (1926) : Pathogénie de la rétention d'urine de nature prostatique et non prostatique. *Wien. klin. Woch.*, n° 40, p. 1168.
- RUBRITIUS (1926) : Contribution au problème de la contraction du col vésical. *The Journ. of Urol.*, n° 5, mai, p. 461.
- RUBRITIUS (1926) : Contracture du col de la vessie. *The Journ. of Urol.*, t. XV, n° 5, p. 461.
- RUBRITIUS (1926) : Prostatisme. *Traité d'Urol.*, Julius Springer, Berlin.
- SANDOVAL (1925) : Urétrocystoscopie au moyen de l'urétrocystoscope de Heitz-Boyer dans les lésions du col vésical et de l'urètre profond. *Thèse Paris*.
- SERES (1918) : Contribution à l'étude du prostatisme sans prostate. *IV^e Congrès Urol.*, Madrid.
- STERN (1926) : Résection des obstructions de l'orifice vésical. *The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 novembre.
- THÉVENOT (1913) : Essai sur le traitement chirurgical des rétentions d'urine sans obstacle mécanique. *Progrès méd.*, 13 décembre.
- THOMPSON (1886) : The diseases of the Prostate their pathology and treatment, London.
- VAN DEN BRANDEN (1922) : Prostatisme jeune. *Le Scalpel*, p. 90.
- VOELKER (1925) : Sclérose du sphincter vésical. *Zeit. Journ. Urol. Chir.*, t. XVII, janvier.
- WALKER [Thomson] (1910) : Atony of the bladder without obstruction or signs of organic nervous diseases. *Annals of Surgery*, novembre.
- WESSON (1920) : Anatomie, embryologie et physiologie du trigone et du col de la vessie. *Journ. of Urol.*, juin.

- WESSON et HINMAN (1926) : Le trigone vésical facteur d'obstruction urinaire avec relation des cas et discussion du traitement opératoire. *Surj. Gyn. and Obst.*, juillet.
- YOUNG : *Young's practice of urology* : Contracture of vesical orifice, p. 143, 154, 165, 431 ; Diagnosis, p. 191 ; Symptoms, p. 187 ; Treatment, p. 481 ; Punch Instrument, p. 488, 498, 501, 508.
- YOUNG et CECIL (1917) : *Trans. Amer. med. Assoc.*, avril.
- YOUNG et WESSON : Anatomie et chirurgie du trigone. *Arch. of Surg.*, Chicago, t. III, 21 juillet.
- ZOUNG (1919) : Obstruction chronique de l'urètre postérieur. *Journ. of Urol.*, t. III, 5 octobre.

Vu : *Le Président de Thèse.*

L. OMBRÉDANNE.

Vu : *Le Doyen,*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer .

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

